



Escola Nacional de Saúde Pública
Universidade Nova de Lisboa



Os adolescentes portugueses do 9.º ano e o uso do preservativo: atitudes, factores sociais e afectivos

Sancha Isabel Sousa Fernandes Vasques Ferreira

XII Curso de Mestrado em Saúde Pública (2009/2011)

Trabalho de Projecto nos termos do XII Curso de Mestrado em Saúde Pública

Orientador: Professor Doutor Luís Graça

27 de Junho de 2011

Agradecimentos

Gostaria de agradecer ao meu orientador, o Professor Doutor Luís Graça pela simpatia e interesse com que abraçou este projecto assim como à coordenadora do Curso de Mestrado em Saúde Pública, a Professora Doutora Carla Nunes, por ter estado sempre por perto quando necessário.

Também devo uma palavra de agradecimento aos meus pais, namorado e amigos, que me apoiaram durante estes dois anos e não me deixaram nunca desistir.

Sem esquecer todas as pessoas que colaboraram, directa ou indirectamente no desenvolvimento deste projecto, em particular na fase de entrevista e construção do questionário.

A todos/as, o meu
obrigada.

Resumo

A presente investigação pretende caracterizar e relacionar os principais factores que levam o adolescente a usar ou não o preservativo na relação sexual, no âmbito da adaptação da Teoria do Comportamento Interpessoal de Triandis (1977). O enfoque é posto na relação entre as atitudes e os factores afectivos e sociais que estão associados à intenção comportamental. Trata-se de um estudo transversal, correlacional, descritivo e analítico, que recorre à técnica do inquérito por questionário. A amostra é de 2.465 adolescentes de 14, 15 e 16 anos a frequentar o 9.º ano das escolas portuguesas, por regiões. Espera-se uma forte associação entre os factores sociais, afectivos e atitudes, e entre estes individualmente, e a intenção do uso do preservativo.

Palavras-chave: Preservativos, Adolescentes, Teoria do Comportamento Interpessoal de Triandis, factores afectivos, questionário

Abstract

This research aims to explore, characterize and set relationships between the main factors that lead adolescents to use or not use condoms during sexual intercourse, based in an adaptation of the Theory of Interpersonal Behaviour (Triandis, 1977). The focus is put on the relationship between attitudes and emotional and social factors that are associated with behavioral intention. It is a cross-sectional, correlational, descriptive and analytical study that uses the survey questionnaire. The sample is 2.465 adolescents aged 14, 15 and 16 years attending the ninth grade of a Portuguese school, by region. It is expected a strong association between social and emotional factors and attitudes, as well as between them individually and the intention of use condom.

Keywords: condoms, adolescents, Triandis Interpersonal Behaviour Theory, emotional factors, questionnaire

Índice

CAPÍTULO I. INTRODUÇÃO	5
CAPÍTULO II - ESTADO DA ARTE	11
2.1 A sexualidade na adolescência	11
2.1.1 Principais factores de risco para o comportamento sexual	12
2.1.2 IST mais frequentes em adolescentes	13
2.2 Modelos teóricos usados no estudo do uso do preservativo	21
2.2.1 Modelo de Crenças sobre a Saúde	22
2.2.2 Teoria do Comportamento Planeado (Ajzen, 1991)	23
2.2.3 A Auto-Eficácia na Teoria da Aprendizagem Social de Bandura (1977)	25
2.3 Teoria do Comportamento Interpessoal de Triandis (1977)	26
2.3.1 Atitude	27
2.3.2 Factores sociais	29
2.3.3 Factores afectivos	35
2.3.4. A intenção comportamental	35
2.3.5 Factores influenciadores da intenção comportamental	36
CAPÍTULO III. MATERIAL E MÉTODOS	41
3.1 Explicitação das hipóteses	41
3.2 Operacionalização das variáveis	42
3.3 Desenho da investigação	42
3.4 População e amostra	44
3.4.1 Diagnóstico: Entrevistas exploratórias	44
3.4.2 Elaboração do Questionário, pré-teste e validação	45
3.5. Técnicas de recolha de dados	46
3.5.1 As entrevistas exploratórias	47
3.5.2 O questionário	47
3.6 Análises estatísticas a realizar	51
CAPÍTULO IV. RESULTADOS ESPERADOS	54
4.1. Entrevistas exploratórias a adolescentes	54
4.2 Questionário - resultados esperados	57
4.3 Validade interna	59
4.4 Validade externa	59
CAPÍTULO V– CONCLUSÕES E LIMITAÇÕES	60
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62
 Anexo 1. Cronograma e orçamento do projecto de investigação	75
Anexo 2. Ficha de uma entrevista exploratório a adolescente	76
Anexo 3. Definição e caracterização das variáveis em estudo	78
Anexo 4. Carta de requisição da autorização aos encarregados de educação	81
Anexo 5. Questionário – parte introdutória	82
Anexo 6. Questionário	83

Lista de siglas e abreviaturas usadas

CDC – Center of Diseases Control (USA)

DGS – Direcção-Geral da Saúde

DIP – Doença Inflamatória Pélvica

DNA – Deoxyribonucleic Acid

DST – Doença Sexualmente Transmissível

ECDC – European Center of Diseases Control (EU)

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública

GEIDST – Grupo para o Estudo e Investigação das Doenças Sexualmente Transmissíveis

GEPE – Gabinete de Estatística e Planeamento da Educação

HBSC – Health Behaviour in School-aged Children

HBV – Hepatitis B Virus

HIV – Human Immunodeficiency Virus

HPV – Human Papillomavirus

HSV-1 – Herpes Simplex Virus -1

HSV-2 – Herpes Simplex Virus -2

INSA – Instituto Nacional Saúde Dr. Ricardo Jorge

IST – Infecção Sexualmente Transmissível

KMO – Kaiser-Meyer-Olkin

LVT – Lisboa e Vale do Tejo

PCR – Polymerase Chain Reaction

PNV – Plano Nacional de Vacinação

RNA – Ribonucleic Acid

SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Humana

TCI – Teoria do Comportamento Interpessoal

TCP – Teoria do Comportamento Planeado

UNAIDS – Joint United Nations Programme on HIV/AIDS

WHO – World Health Organization

Capítulo I. Introdução

Uma infecção sexualmente transmissível (IST) é uma infecção adquirida através de um contacto íntimo (WHO, 2007), isto é, por via sexual, seja através de sexo oral, anal ou vaginal, ou ainda pelo contacto com outras mucosas de um indivíduo infectado. Existem actualmente cerca de 30 diferentes tipos de IST, consoante o microrganismo que está por detrás da etiologia, nomeadamente: (i) bacterianas, em que a infecção pode ocorrer por *C. trachomatis*, *N. gonorrhoeae* e *T. pallidum*; (ii) virais onde a infecção pode dever-se aos vírus HBV, HIV, HSV-1, HSV-2 ou HPV; e ainda (iii) transmitidas por fungos como a infecção por *T. vaginalis* (WHO, 2007). Estas infecções, caso não sejam tratadas, podem conduzir a infecções crónicas, e em alguns casos a infertilidade, feminina e masculina (Miranda, Passos e Gadelha, 2003).

Historicamente associadas à promiscuidade, a sua origem remonta à Antiguidade. O herpes genital, cuja origem da palavra “herpes” deriva do grego antigo “ἑρπης”, por exemplo, era já tratado no Antigo Egípcio e frequente durante o Império Romano, tendo atingido o seu pico de prevalência durante o século XVIII, entre as prostitutas francesas (Pommerville, 2004). A sífilis foi considerada um castigo divino no século XVI quando se espalhou pela Europa. A gonorreia, hoje uma das IST mais comuns, não era considerada uma infecção *per si* (Quétel, 1990), mas somente um sintoma da sífilis.

Apenas no século XX, após a descoberta da penicilina por Flemming (1914) e sua comercialização (1941) como anti-bacteriano, conjuntamente com o desenvolvimento científico, diminuiu a prevalência de IST na população europeia (Pommerville, 2004), em especial das IST de etiologia bacteriana como a gonorreia, a sífilis e a úlcera mole (Cardoso, 2000). Contudo, a revolução sexual dos anos 60 do século XX, trouxe consigo um novo pico ao nível da incidência e prevalência das IST, nomeadamente das de 2ª geração, ou seja, clamídia, herpes genital e condilomas (Cardoso, 2000), resultante da diminuição da abstinência sexual entre indivíduos não casados, o que veio a permitir um contacto sexual mais precoce e frequente com os indivíduos infectados. Associado às IST mais comuns, e após o auge da revolução sexual, foram identificados em 1981, pelo *Center of Diseases Control (CDC)* (2001) os primeiros casos de Síndrome da Imunodeficiência Humana (SIDA), resultantes da infecção por HIV, inicialmente associados à comunidade

homossexual (Last, 2007), tendo-se estendido posteriormente às minorias étnicas, toxicodependentes e heterossexuais.

Contrariamente às outras Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), cujo tratamento era à época conhecido, a SIDA provocava a morte. Por isso foram realizadas campanhas de promoção do preservativo como símbolo do sexo seguro, as quais conduziram ao aumento dos comportamentos sexuais protectores, principalmente entre os homossexuais homens, e consequentemente a uma diminuição da infecção por HIV e subsequentemente da SIDA (CDC, 2001. Daí, supõe-se, uma menor prevalência das restantes IST, considerando o mesmo meio de transmissão (maioritariamente através de contacto sexual) e os alvos de intervenção (WHO, 2002). Em simultâneo a indústria farmacêutica tem desenvolvido fármacos cada vez mais eficazes no combate à infecção por VIH, retardando a progressão para SIDA, e permitindo assim que esta se torne uma doença crónica.

Ora, a mudança da percepção da infecção por HIV e SIDA de doença aguda para crónica, associa-se a uma percepção de risco mais baixa (Figueiras, Marcelino e Ferreira, 2009), o que levou a que, por um lado, se não se investisse na prevenção, diminuindo a utilização do preservativo; à medida que os comportamentos sexuais se modificaram, aumentou, por sua vez, a incidência das IST.

Hoje e em Portugal, à semelhança do que acontece na Europa e no mundo, podemos considerar que os indivíduos infectados com IST são cada vez mais heterogéneos, sendo os adolescentes e adultos jovens dos grupos mais afectados.

Quanto à infecção por *C. trachomatis*, e, de acordo com o relatório do ECDC (2010), em 2009 existiam 221.494 casos em jovens europeus entre os 15 e os 24 anos (mais de 2 terços do total de casos), tendo esta faixa etária a maior incidência por idade – 976 por cada 100.000 indivíduos. No caso português os dados nacionais mais recentemente encontrados referem-se a 2005 e apontam para uma diminuição dos novos casos de IST entre 2004 e 2005, com excepção para a *C. trachomatis* (Lisboa, Santo, Azevedo e o GEIDST, 2010). Também a incidência da infecção por HIV na população portuguesa tem vindo a diminuir, pelo menos até 2008 (UNAIDS, 2010), aumentando no entanto a sua prevalência na população.

É contudo, impossível contabilizar o verdadeiro impacto das IST não tratadas nesta população, por diferentes motivos; por um lado, não existem dados fiáveis sobre a prevalência das infecções sexualmente transmissíveis em grupos

específicos (Ministério da Saúde, 2004; UNAIDS, WHO, 2004), devido à inexistência de uma rede de vigilância epidemiológica local, regional e nacional que monitorize a incidência e prevalência dos casos de IST (UNAIDS, WHO, 1999; ECDC, 2009); por outro, há o problema da ausência de sintomatologia em muitas das IST e posterior não tratamento; por fim, o estigma social, inerente a este tipo de infecção, impede muitos indivíduos de procurarem os cuidados de saúde (WHO, 2002).

Na actualidade, os métodos de terapêutica e diagnóstico são já de elevada sensibilidade e especificidade para as IST, sendo o acesso aos mesmos facilitado; em contrapartida, a ausência de diagnóstico com consequente não tratamento apresenta elevados custos (WHO, 2002) - gastos directos com a infecção e suas complicações assim como despesas indirectas ou até ocultas, associadas aos custos psicológicos e sociais para o próprio, parceiro e comunidade (Shepherd, Kavanagh, Picot, Cooper, Harden, Barnett-Page, Jones, Clegg, Hartwell, Frampton, Price, 2010).

Adquiridas essencialmente por contacto sexual não protegido com um indivíduo infectado, as IST são cada vez mais comuns entre adolescentes (ECDC, 2010). Nesta fase, pretende-se que o adolescente atinja um desenvolvimento sexual saudável, construindo a sua identidade através da interacção com o outro (Direcção-Geral da Saúde, 2003), pelo que é na adolescência que tende a ter início a experimentação das relações amorosas as quais culminam muitas vezes no início da vida sexual activa (Costa, 2008; Pinquart, 2010). Estes relacionamentos resultam muitas vezes da necessidade de experimentação, conjuntamente com a impulsividade e a baixa percepção de risco (Pereira, Morais e Matos, 2010), sendo de curta duração e sequenciais (monogamia serial), ou co-existindo em simultâneo (multiplicidade de parceiros sexuais) com ou sem o conhecimento dos envolvidos (Brak-Lamy, 2010).

Por outro lado, há que referir o início cada vez mais precoce da vida sexual associado por vezes: (i) a consumo de álcool e/ou drogas - 16,5% dos alunos do 8.º ano já tiveram relações sexuais sob o efeito de uma destas substâncias, contra 11,2% dos alunos do 10.º ano (Matos, Simões, Tomé, Camacho, Ferreira, Ramiro, Reis, Diniz, Gaspar, Veloso, Loureiro, Borges e equipa do projecto Aventura Social, 2011); e (ii) à vulnerabilidade anatómico-fisiológica, em especial nas raparigas, traduzindo-se numa maior probabilidade de infecção por IST (Wasserheit, 1998 cit. Miranda, 2003).

A acrescentar a estes, existem ainda factores comuns às restantes faixas etárias que condicionam a utilização de preservativo, como sejam as crenças normativas e as normas morais (Triandis, 1977), a existência de um padrão sexual dual, isto é, papéis sociais e sexuais específicos para cada género que geram diferentes expectativas e condicionam o comportamento sexual (Alvarez, 2005; Alves e Dixe, 2005; Anastácio, 2010; Lyons, Giordano, Manning e Longmore, 2010);

Relativamente aos modelos teóricos aplicados ao estudo do comportamento sexual, e mais especificamente à utilização do preservativo, podemos dizer que, apesar de especificidades próprias deste contexto, e de muitas das investigações serem ecléticas quanto ao modelo teórico no sentido de uma maior explicação da realidade (Ogden, 2003), a maioria assenta na premissa de que a opção por um comportamento sexual saudável ou de risco resulta de um processo racional de tomada de decisão (Alvarez, 2005).

Dessas teorias destacam-se as derivadas do Modelo de Crenças sobre a Saúde (Rosenstock, Strecher, Becker, 1988), a Teoria do Comportamento Planeado (Ajzen, 1991) e a Teoria da Auto-eficácia (Bandura, 1977). Todavia, por se tratar de um comportamento sexual, que implica interacção entre o casal e expectativas face ao outro, a decisão de utilização do preservativo parece não ser somente racional, mas também automática, baseando-se parcialmente em guiões sexuais (Alvarez, 2005).

A Teoria do Comportamento Interpessoal TCI, de Triandis (1977), sendo menos replicada, permite todavia explorar a relação entre factores sociais e o factor cognição — no que se assemelha à Teoria do Comportamento Planeado de Ajzen (1991) — acrescentando, no entanto, o factor afectivo na predição da intenção comportamental. Em síntese, a intenção comportamental para a qual contribuem os factores sociais, cognitivos e afectivos, prediz o comportamento, através da interacção com o comportamento passado e com aspectos facilitadores ou impeditivos do comportamento.

Quanto aos estudos acerca do comportamento sexual e do uso do preservativo em adolescentes portugueses, estes (i) tendem a centrar-se na exploração dos conhecimentos, crenças, atitudes e comportamentos, comparando idades, géneros, nacionalidades e região geográfica: (ii) englobam metodologias quantitativas e/ou qualitativas: e (iii) são normalmente de âmbito local ou regional, excepção feita para os estudos HBSC (2006 e 2010) realizados a nível nacional (ver p.e. Dias, Matos e Gonçalves, 2005; Nogueira, Saavedra e Costa, 2008; Ramos,

Eira, Martins, Machado, Bordalo e Polónia, 2008; Figueiras, Marcelino e Ferreira, 2009; Brak-Lamy, 2010).

Para concluir, a não utilização de preservativo como causa do elevado número de adolescentes infectados com IST permanece hoje como um problema de saúde pública e implica, por isso, a necessidade de mudança nas estratégias preventivas dirigidas a esta população. Para tal importa compreender quais os factores (não racionais e racionais) que estão na origem deste comportamento de risco e o modo como interagem.

A escola é um *setting* de actuação privilegiado nos adolescentes, por ser obrigatória até ao 12.º ano e assim acolhê-los durante grande parte do seu tempo, funcionando como espaço de partilha e de aprendizagem. Permite deste modo a obtenção de uma amostra de estudo mais heterogénea e semelhante à população para a qual se pretendem inferir os resultados. O presente projecto de investigação apresenta então como problema de investigação:

Perceber o que leva os adolescentes portugueses a usar ou não o preservativo numa relação sexual.

Para tal tem como principais objectivos:

- Construir e validar um questionário que avalie os factores por detrás da não utilização do preservativo em adolescentes de 14, 15 e 16 anos, a frequentar o 9.º ano em escolas portuguesas.
- Caracterizar os principais factores relacionados com a utilização de preservativo em adolescentes de 14, 15 e 16 anos a frequentar o 9.º ano em escolas portuguesas, à luz da Teoria do Comportamento Interpessoal de Triandis.
- Explorar a relação entre atitude, factores sociais e afectivos, e a utilização do preservativo em adolescentes de 14, 15 e 16 anos a frequentar o 9.º ano em escolas portuguesas.

De seguida procederemos à fundamentação teórica, baseada no *estado da arte*, onde se irão explorar as especificidades da sexualidade na adolescência e as IST mais frequentes, assim como factores importantes na utilização do preservativo durante a interacção sexual, partindo dos modelos teóricos mais usados e comparando-os com a Teoria do Comportamento Interpessoal de Triandis (1977).

Esse conhecimento será também cotejado com excertos das análises de conteúdo das entrevistas exploratórias realizadas.

O capítulo seguinte (Cap III) é relativo ao método, onde se caracteriza a amostra, tal como os procedimentos a realizar no decorrer do estudo. Tratando-se de um projecto de investigação, serão apresentados os resultados esperados, análises estatística a utilizar assim como possíveis limitações do estudo (Cap IV). O texto termina com uma breve conclusão (Cap V) acerca dos pontos essenciais do projecto tal como mais-valias do mesmo e indicações para investigações futuras.

Capítulo II - Estado da Arte

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, “a saúde sexual é um estado de bem-estar físico, mental e social relacionado com a sexualidade. Implica uma abordagem positiva e respeitosa da sexualidade e das interações sexuais, comportando experiências sexuais seguras e prazenteiras, livres de coerção, discriminação e violência” (WHO, 2010).

No sentido de melhorar a saúde sexual dos adolescentes, é essencial entender as especificidades desta faixa etária, a complexidade que envolve uma temática tão ligada à intimidade e se traduz por comportamentos sexuais diferentes de indivíduo para indivíduo (Lucas, 1993), mas igualmente as consequências do comportamento de risco (não utilização do preservativo), nomeadamente as IST com maior incidência em adolescentes.

O capítulo inicia-se por isso com uma breve caracterização da sexualidade na adolescência e dos riscos associados tal como das IST mais frequentes, aborda depois os principais factores influenciadores dos comportamentos sexuais não protectores incluídos nas teorias e modelos de comportamentos de saúde mais estudados, terminando com o modelo do Comportamento Interpessoal de Triandis (1977) e a justificação porque foi escolhido como quadro teórico de referência.

2.1 A sexualidade na adolescência

A adolescência implica a superação de diferentes tarefas normativas, entre as quais o desenvolvimento sexual. É suposto durante esta fase, e de acordo com os seus valores, o adolescente relacionar-se com os outros, aprender a expressar afecto, amor e intimidade, equilibrando as suas necessidades com as do parceiro (Direcção-Geral da Saúde, 2003). Ora esta aproximação ao outro, conjuntamente com a maturação sexual, necessidade de experimentação, impulsividade e factores sócio-culturais, predispõem ao início das relações amorosas (Costa, 2008; Pereira e col., 2010), culminando em muitos casos no começo da actividade sexual (Anastácio, 2010; Pinquart, 2010).

2.1.1 Principais factores de risco para o comportamento sexual

Para além dos factores que potenciam um comportamento sexual de risco em qualquer idade, e que serão referidos ao longo do sub-capítulo 2.2, existem factores de risco específicos da adolescência que se podem agrupar em fisiológicos, psicológicos e baixa percepção de risco (Pereira e col., 2010).

2.1.1.1 FACTORES FISIOLÓGICOS

Os factores fisiológicos são importantes na explicação da maior vulnerabilidade às IST nas raparigas, devido à imaturidade do epitélio do colo do útero, que o torna mais frágil e sujeito a infecções do que na mulher adulta (Pereira e col., 2010). Por outro lado, a própria anatomia feminina predispõe à infecção mais do que no homem. De notar ainda a maior precocidade da iniciação sexual, ou seja, quanto mais próxima da menarca, maior a probabilidade de aquisição de uma infecção sexualmente transmissível (Wasserheit, 1998 cit Miranda, 2003).

2.1.1.2 FACTORES PSICOLÓGICOS

Relativamente aos factores psicológicos, estes surgem associados ao estabelecimento da identidade pessoal, a qual se forma mediante experimentação (Pereira e col., 2010). Ora, essa curiosidade juntamente com a necessidade de novas experiências, tão características da adolescência, traduz-se no campo da sexualidade, por um lado na monogamia serial, isto é, na existência de relações monogâmicas de curta duração e sequenciais (Miranda, 2003). É igualmente visível pela existência de parceiros sexuais múltiplos, situação em que o adolescente mantém em simultâneo dois ou mais parceiros sexuais, com o conhecimento ou desconhecimento dos mesmos (Norris e Ford, 1999 cit. Downs e col., 2004).

2.1.1.3 BAIXA PERCEPÇÃO DE RISCO

Entende-se como percepção de risco a percepção do indivíduo acerca das consequências, para si e/ou para o outro, da realização de um determinado comportamento. Quando é baixa, o que é frequente entre os adolescentes devido à sua percepção de imortalidade (Pereira e col., 2010), o indivíduo não compreende as consequências do seu comportamento como graves nem considera que os resultados negativos dos seus comportamentos lhe possam acontecer a ele. Uma

vez que os benefícios percebidos do comportamento superam os seus custos, não percebidos como relevantes, o adolescente tende a incorrer num maior número comportamentos de risco, como a não utilização de preservativo com um parceiro cuja história sexual é-lhe desconhecida (Matos, 2010).

2.1.2 IST mais frequentes em adolescentes

A ocorrência de uma relação sexual desprotegida pode conduzir a uma gravidez indesejada no caso de uma relação heterossexual, mas também à transmissão e aquisição de uma IST se ocorrer com um indivíduo infectado (WHO, 2007). As IST, por serem muitas vezes assintomáticas e por isso não tratadas, contribuem para a existência de doenças crónicas que afectam negativamente a saúde sexual e reprodutiva dos indivíduos (Miranda e col., 2003)

Relativamente à incidência e prevalência de IST entre os adolescentes, sabe-se que os novos casos têm vindo a aumentar na Europa e no Mundo (ECDC, 2011), ainda que muitas IST permaneçam sub-notificadas. Na Europa, em 2007 (ECDC, 2009) as IST predominantes foram a clamídia (257.000 novos casos), gonorreia (29.892), sífilis (17.651) e infecção por HIV (26.029). Em Portugal, e de acordo com os dados de Lisboa, Santo, Azevedo e o GEIDST (2010), a incidência de IST diminuiu entre 2004 e 2005, excepção feita para a *C. trachomatis*. Também um estudo do programa *Olá Jovem*, com adolescentes e jovens adultos da zona suburbana de Lisboa, revelou a presença de uma IST em 100 dos 227 jovens analisados que (44%) já tinham tido relações sexuais desprotegidas, sendo que a clamídia era a IST mais frequente (Granja, 2009), seguida da gonorreia e da hepatite B.

2.1.2.1 IST E DST DE ORIGEM BACTERIANA

A infecção por *C. trachomatis* causa maioritariamente clamídia, enquanto a infecção por *N. gonorrhoeae* origina gonorreia ou blenorragia e a infecção por *T. pallidum* é responsável pelo aparecimento de sífilis.

2.1.2.1.1 Clamídia

De acordo com dados do relatório do ECDC (2009) a infecção por *C. trachomatis* é das IST mais frequentes entre os jovens, principalmente em raparigas (ECDC, 2010), sendo esta a faixa etária responsável por mais de dois terços das novas infecções: 976 casos por 100.000 jovens, o que corresponde a cerca de 10

jovens infectados por *C. trachomatis* em cada 1000 jovens europeus sexualmente activos com menos de 25 anos, sendo 6 desses 10, assintomáticos.

A *C. trachomatis* é uma bactéria gram-negativa, patogénica, de fácil mutação (Gomes, Bruno, Nunes, Santos, Florindo, Borrego e Dean, 2007), cujas consequências para o indivíduo variam consoante o serótipo e a seroclasa a que pertence¹ (WHO, 2010). Esta bactéria transmite-se através de sexo vaginal, oral e anal desprotegido com um indivíduo infectado (CDC, 2011a) mas também da mãe para o filho na altura do parto (WHO, 2007). Frequentemente assintomática, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (2001), não apresenta sintomas em 70% - 75% das infecções femininas, e 10 a 25% dos casos masculinos, dificultando a procura de cuidados de saúde e cura.

Todavia, existindo sintomas, estes tendem a manifestar-se entre uma a três semanas após a exposição ao agente (ECDC, 2009; CDC, 2011a) e ocorrem na zona exposta – tracto urogenital, garganta e recto – especificamente por inflamação da mucosa (WHO, 2001).

Nos homens os sintomas são mais frequentes incluem epididimite, prostratite e mais raramente infertilidade (WHO, 2007), sendo comum o corrimento uretral revelador de uretrite (ECDC, 2009). A presença de *C. trachomatis* é também a causa principal das uretrites não gonocócicas (WHO, 2010). Já as mulheres sintomáticas podem apresentar sangramentos inter-menstruais e no pós-coito, corrimento vaginal aumentado, cervicite (adnexite), endometrite e salpingite, surgindo, em alguns casos, artrite (ECDC, 2009). Não tratada a clamídia pode evoluir para doença inflamatória pélvica (DIP) e ser mais tarde causa de infertilidade.

O diagnóstico é realizado através de análises laboratoriais, sendo o tratamento farmacológico com antibióticos - uma única dose de azitromicina ou duas doses diárias durante uma semana de doxiciclina (CDC, 2011a).

2.1.2.1.2 Gonorreia

A infecção por *N. gonorrhoeae*, ou gonorreia / blenorragia é extremamente frequente entre os jovens europeus com menos de 25 anos, abrangendo metade das novas infecções e sendo ligeiramente superior nos homens. Em 2008 (ECDC,

¹ Existem 19 serovares/serótipos que são agrupados em 3 seroclasses ou biovars - classe B, C e intermédia (Gomes e col., 2007). Consoante a seroclasa, a bactéria pode causar tracoma – serótipos A, B, Ba e C, linfogranuloma venéreo - serótipos LGV, L1, L2 e L3, e infecções urogenitais – serótipos D a K (OMS, 2010)

2010), e embora a incidência na Europa apresentasse uma tendência de descida, os novos casos entre os mais jovens eram ainda de 38 por cada 100.000 indivíduos com menos de 25 anos, ou seja, uma incidência 25 vezes inferior à da clamídia na mesma população. Em Portugal, segundo os dados mais recentes apresentados pela Direcção-Geral de Saúde (DGS), o número de notificações por infecções gonocócicas em 2004 foi de 28 e em 2008 de 67 casos (DGS, 2010).

A *N. gonorrhoeae* é uma bactéria gram negativa, patogénica e de fácil mutação, cuja transmissão ocorre através de sexo vaginal, oral e anal desprotegido com um indivíduo infectado (CDC, 2011b) e durante o parto (WHO, 2007). Tal como a clamídia, esta é uma infecção na maioria das vezes, assintomática - 50 a 80% dos homens não apresenta sintomas (CDC, 2011b), assim como 70 a 90% das mulheres (Martínez, 2009). A infecção rectal, apesar de normalmente também não apresentar sintomas em ambos os sexos, caracteriza-se por corrimento, prurido anal, dor e sangramento (CDC, 2011b).

Caso existam sintomas, no caso da infecção oral ou urogenital, e de acordo com o CDC (2011b), o homem apresenta sensação de queimadura ao urinar, secreção de cor branca, amarela ou verde e por vezes testículos inchados e doridos. Nas mulheres, os sintomas são mais suaves e tendem a ser inespecíficos de uma vaginite - dor ou sensação de queimadura ao urinar, aumento da secreção vaginal, ou hemorragia entre os períodos menstruais (CDC, 2011b). O diagnóstico é feito por análises laboratoriais, e a terapêutica farmacológica com antibióticos - uma única dose de ceftriaxona (CDC, 2011b).

2.1.2.1.3 Sífilis

Na Europa (ECDC, 2011), a faixa etária entre os 15 e os 24 anos apresenta 18% dos casos de sífilis, isto é, 6,5 novos casos por cada 100.000 jovens. Esta IST tende a ser mais frequente nos homens do que nas mulheres, apresentando maior incidência entre os 25 e os 44 anos; contudo, dentro das mulheres, é nas mais jovens (15-24 anos) que se atinge o pico de incidência. Em Portugal no ano de 2008, o número total de casos reportados pelos centros sentinela foi de 101 (ECDC, 2010), estima-se no entanto que os valores sejam mais elevados e acompanhem a tendência europeia.

A sífilis é causada pela *T. pallidum*, bactéria gram negativa e patogénica. De acordo com o CDC (2007c), a doença transmite-se através de relações sexuais

vaginais, orais ou anais desprotegidas com um indivíduo infectado na fase 1 ou 2, e igualmente da mãe para o bebé; a infecção ocorre pelo contacto com as úlceras abertas que se encontram maioritariamente nos órgãos genitais externos, vagina, ânus e recto, mas também nos lábios e boca (ECDC, 2010).

Sendo na maioria dos casos assintomática, os sintomas da sífilis surgem 10 a 90 dias após a infecção e atravessam três estados – a primeira fase de infecção, a segunda e a terceira ou estado de latência (CDC, 2007c). A primeira fase dura entre 3 e 6 semanas e caracteriza-se pela existência de uma ou mais úlceras no local onde o indivíduo foi infectado - firmes, pequenas, redondas e sem dor – que saram sem necessidade de tratamento, evoluindo para a segunda fase se não tratado (CDC, 2007c; ECDC, 2010). Aqui ocorrem lesões na membrana mucosa e vermelhidão em várias partes do corpo, sem no entanto haver prurido; o indivíduo pode ainda apresentar febre, inchaço das glândulas linfáticas, perda de cabelo, cefaleias, perda ponderal e astenia. Também na segunda fase os sintomas regridem sem tratamento, mas caso a infecção não seja tratada, evolui para um estado tardio ou de latência (CDC, 2007c). A terceira fase pode surgir anos mais tarde - dá-se então a lesão dos órgãos internos que se traduz na dificuldade em coordenar os movimentos musculares, paralisia, cegueira progressiva, demência e em certos casos, morte (CDC, 2007c).

O diagnóstico é feito através da biopsia às vesículas ou de análises sanguíneas; consistindo o tratamento farmacológico em injeções de penicilina. Quanto à prevenção é necessário realçar que as úlceras genitais podem ocorrer em locais não protegidos pelo preservativo, pelo que não existe nenhum método contraceptivo, para além da abstinência e de uma relação monogâmica com ambos os parceiros testados negativos, que garanta uma protecção a 100% eficaz (CDC, 2007c).

2.1.2.2 IST E DST DE ORIGEM VIRAL

A infecção por HIV pode causar SIDA, enquanto a infecção por HSV-1 ou HSV-2 é responsável pelo aparecimento de herpes genital, e a infecção por algumas estirpes do HPV está na origem do cancro no colo do útero, existente no Plano Nacional de Vacinação (PNV) embora apenas para as raparigas e de baixa adesão. A hepatite B é causada pelo vírus HBV. De notar que não há tratamento para as IST de origem viral (Cardoso, 2000), pelo que a aposta na prevenção é essencial.

2.1.2.2.1 Infecção por HIV e SIDA

Embora não tenha encontrado referências bibliográficas para a incidência de HIV nos adolescentes portugueses, o relatório da UNAIDS (2010) apresentava uma diminuição da incidência na população portuguesa em geral; e o ECDC em conjunto com a Organização Mundial de Saúde (2010) indicava para os jovens até aos 15 anos na região ocidental da Europa, onde se inclui Portugal, 190 novos casos de infecção por HIV (98 rapazes e 92 raparigas), comparativamente aos 360 novos casos na faixa etária entre os 15 e os 19 anos, dos quais 227 ocorreram em rapazes e 183 em raparigas.

Em 2009 eram 1055 os novos casos de infecção por HIV em Portugal, 70,5% em cidadãos nacionais (ECDC/WHO, 2010). Com uma incidência de 3 por cada 1000 mulheres e 7 em cada 1000 homens, o meio de transmissão predominante é o heterossexual (62%), mantendo-se a tendência de diminuição na incidência desde 2000, excepção feita para o ano de 2006. Quanto ao números para a SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – cada vez mais percepcionada como uma doença crónica, dados do INSA (2009) têm por base os números do Ministério da Saúde, referem-se a 31 de Dezembro de 2009 e apontam para 297 novos casos dos quais 217 nos homens em geral (73%).

O HIV, vírus da imunodeficiência humana, possui duas estirpes, o HIV-1 e HIV-2, o primeiro com maior número de infectados, enquanto o HIV-2 está mais associado às comunidades emigrantes; ambas destroem as células T CD_4^+ , essenciais na função imunitária (CDC, 2010d). Relativamente à transmissão, ocorre através da troca de fluidos durante a relação sexual sem a utilização de preservativo, sangue e de mãe para filho.

A sintomatologia da infecção por HIV nem sempre surge, podendo os indivíduos afectados aparentar estar saudáveis durante largos anos. Caso os sintomas apareçam algumas semanas após a infecção, assemelham-se aos da gripe e mantêm-se por uma ou duas semanas. Se a infecção por HIV não for tratada em fases precoces pode associar-se a muitas patologias, entre as quais patologia cardiovascular, hepática, renal e o cancro (CDC, 2010d), sendo o último estado da infecção por HIV, a SIDA, caracterizada por um sistema imunitário geral debilitado que faz com que o indivíduo tenha maior dificuldade em combater as infecções oportunistas (Last, 2007).

Quanto ao diagnóstico são realizadas análises sanguíneas que devem ser repetidas após o período janela². Não existe ainda uma cura para a infecção por HIV apesar da evolução da terapêutica que tem permitido atrasar ou limitar a progressão da infecção por HIV para SIDA, melhorando a saúde dos indivíduos afectados e tornando-a uma doença crónica (CDC, 2010d).

2.1.2.2 Herpes genital

Actualmente a infecção por herpes genital atinge um número desconhecido de jovens portugueses. Todavia, dados de Looker, Garret e Schmid (2008) revelam que na Europa Ocidental, incluindo Portugal, em 2003, as mulheres entre os 15 e os 19 anos tinham uma incidência de herpes genital por HSV-2 de 120 por 1000, enquanto os homens da mesma faixa etária apresentam uma incidência inferior, de 44 por 1000.

O herpes genital é causado pelos vírus HSV-1 e HSV-2, o primeiro mais associado a vesículas na boca e lábios, surtos esporádicos e menos graves, enquanto a infecção por HSV-2 é mais grave, com surtos mais curtos e frequentes (CDC, 2007a). Transmitido por via sexual (vaginal, oral ou anal), é frequente a infecção do homem para a mulher.

São na maioria dos casos assintomáticos. Quando existem sintomas surgem cerca de duas semanas após a infecção sob a forma de vesículas genitais, cuja ulceração e inflamação da pele e mucosas é doloroso para o indivíduo (Last, 2007), e são por vezes acompanhados de febre, desaparecendo a sintomatologia num período de quatro a seis semanas (CDC, 2007a). Após o primeiro surto, tendem a surgir cerca de 4 a 5 surtos num ano, diminuindo a sua frequência com o tempo de infecção.

Quanto ao diagnóstico, este é realizado através de biópsia às vesículas ou de análise sanguínea. Não existindo tratamento os surtos são atenuados pela terapêutica com antirretrovirais, pelo que importa apostar na prevenção, idêntica à da sífilis (CDC, 2007a).

² Período janela: é o intervalo de tempo entre a infecção pelo HIV e a detecção de anticorpos anti-HIV no sangue através de testes laboratoriais próprios.

2.1.2.2.3 Infecção por HPV, condilomas e cancro do colo do útero

A infecção genital por HPV é uma das IST mais frequentes, atingindo especialmente os jovens (15-24 anos). Existem cerca de 40 espécies de HPV, cuja transmissão ocorre normalmente durante a relação sexual desprotegida com um indivíduo infectado, assim, os locais de infecção são predominantemente os órgãos genitais, mas também a boca e a garganta (CDC, 2007b). Embora na maioria dos casos o vírus não provoque sintomas ou problemas de saúde, sendo expulso por um sistema imunitário forte em menos de dois anos, algumas estirpes provocam verrugas genitais – condilomas (estirpes 6 e 11 p.e), que se manifestam visivelmente no pénis, vagina ou ânus assim com nas áreas envolventes, podendo em casos raros aparecer na garganta. Os condilomas apresentam dimensões e formatos variados, e a sua evolução pode implicar a manutenção, aumento ou diminuição da sua dimensão, desaparecendo na maioria dos casos por si mesmos (CDC, 2007b).

Segundo a OMS e o Instituto Catalão de Oncologia (2010), outras estirpes de HPV (16 e 18 p.e) podem causar cancro do colo do útero, da vulva, da vagina, pénis, ânus, cabeça e pescoço. Ora a infecção pelas estirpes de HPV associadas ao cancro do colo do útero tende a ser assintomática até o indivíduo já se encontrar num estágio avançado da doença (CDC, 2007b). Em 2008, na faixa etária entre os 15 e os 44 anos surgiram 269 novos casos de cancro do colo do útero em Portugal, tendo falecido 46 mulheres por esta doença (WHO, ICO, 2010).

Relativamente ao diagnóstico só é realizado para o cancro do colo do útero – exame de Papanicolau; a terapêutica para as verrugas genitais implica a sua remoção ou esperar que desapareçam (CDC, 2007b). Quanto à prevenção existem hoje no mercado vacinas (Cervarix e Gardasil – em Portugal, o Plano Nacional de Vacinação disponibiliza a Gardasil – estirpes 6, 11, 16 18) que protegem contra algumas estirpes do vírus associadas às verrugas genitais (estirpes 6 e 11) e ao cancro do cólo do útero – de acordo com a OMS e o Instituto Catalão de Oncologia (2010) as estirpes 16 e 18 são responsáveis por 70% destes cancros por todo o mundo. Os preservativos diminuem o risco de infecção na área que cobrem, contudo, as verrugas podem aparecer em locais não abrangidos e por isso não protegidos (CDC, 2007b).

2.1.2.2.4 Hepatite B

A vacina contra a hepatite B existe no PNV português desde 2000, com uma eficácia superior a 95% (Arranhado, 2006). No entanto, a doença causada pelo vírus HBV atingia ainda em 2008, 53 em cada 100.000 portugueses (ECDC, 2010). Podendo ser aguda ou crónica, o seu diagnóstico é difícil, e são os jovens com idade inferior a 25 anos, os segundos mais atingidos, em especial os rapazes. Todavia, dentro das mulheres é esta a faixa etária com maior incidência (ECDC, 2010).

O vírus HBV é um vírus de DNA que pertence à família dos vírus *hepadna*, cuja infecciosidade supera a do HIV em 50 a 100 vezes, a sobrevivência fora do hospedeiro é possível durante pelo menos durante 7 dias (WHO, 2008). Sobre o modo de transmissão do vírus, e embora ocorra essencialmente através do contacto sanguíneo, pode dar-se por troca de fluidos durante a relação sexual desprotegida com um indivíduo infectado (WHO, 2008; CDC, 2010c).

A sintomatologia aparece em 50% dos casos e tende a surgir entre 6 semanas a 6 meses após a exposição ao HBV, variando de acordo com o carácter agudo ou crónico da hepatite (CDC, 2010c).

Relativamente ao diagnóstico da hepatite crónica, é feito através de análises bioquímicas, virológicas e histológicas, ensaios sorológicos para a detecção de antígenos HBsAg e HBeAg, e de anti-corpos anti-HBs, anti-HBc e anti-HBe (D'Souza, Graham e Foster, 2004). O diagnóstico da hepatite aguda é feito por ELISA indirecto, através da detecção de AgHbs, anti-Hbc (IgM e IgG) e AgHbe/anti-Hbe (Ferreira, 2000). O tratamento, segundo a OMS (2008) varia consoante a hepatite é aguda ou crónica: nos casos agudos, a terapia é essencialmente dietética, enquanto para a hepatite B crónica o seu tratamento é feito através de fármacos e terapia nutricional. Se a evolução da hepatite culmina em cirrose, é necessário transplante hepático.

2.1.2.3 IST E DST DE ORIGEM PARASITÁRIA

A *T. vaginalis* que dá origem à tricomoníase (CDC, 2007d) é mencionada neste trabalho por ser a IST não viral mais frequente na população, à qual pouca importância tem sido dada apesar das suas consequências.

2.1.2.3.1 Tricomoníase

A infecção por *T. vaginalis* é extremamente comum entre as mulheres e homens sexualmente activos, aumentando a sua incidência com o avançar da idade (CDC, 2007d).

Provocada pela *T.vaginalis*, um protozoário parasita que infecta sobretudo a vagina e a uretra do homem, transmite-se essencialmente pelas relações sexuais desprotegidas vagina-pénis e de vulva para vulva com indivíduos infectados (CDC, 2007d), não sobrevivendo na cavidade oral ou no recto.

Maioritariamente assintomática no caso dos homens, o indivíduo afectado pode apresentar irritação dentro do pénis, corrimento e sensação de queimadura depois de urinar ou de ejacular (CDC, 2007d). Embora algumas mulheres infectadas sejam também assintomáticas, nas restantes, entre 5 a 28 dias depois da infecção, surge corrimento amarelo-esverdeado com um odor desagradável, irritação e prurido na vagina e zona envolvente, desconforto a urinar e durante a relação sexual (CDC, 2007d).

O diagnóstico da infecção por *T. vaginalis* é feito por exame físico e laboratorial a partir de esfregaço de Papanicolaou, cultura e análise microscópica, provas moleculares ou PCR (Swygard, Sena, Hobbs e Cohen, 2004); sendo a terapêutica recomendada, metronidazol ou tinidazole oral, numa única dose (CDC, 2007d).

2.2 Modelos teóricos usados no estudo do uso do preservativo

A temática da sexualidade nos adolescentes tem sido sistematicamente investigada, existindo inclusive diversos estudos com amostras portuguesas, quer de âmbito local (ver p.e. Almeida, Silva e Cunha, 2005; Alves e Dixes, 2005; Costa, 2008; Ramos, Eira, Martins, Machado, Bordalo e Polónia, 2008; Figueiras, Marcelino e Ferreira, 2009; Brak-Lamy, 2010) como nacional (Matos, Simões, Tomé, Pereira, Diniz e Equipa do Projecto Aventura Social, 2006; Matos e col., 2011).

Com o objectivo de compreender os comportamentos dos adolescentes e seus factores preditores, existem diversos modelos teóricos, derivados na sua maioria do Modelo de Crenças sobre a Saúde (Rosenstock e col., 1988), Teoria do

Comportamento Planeado (Ajzen, 1991) e Teoria da Auto-Eficácia (Bandura, 1977) que são usados individualmente ou conjugados entre si e, por vezes, com novas variáveis. Contudo, os estudos que se baseiam nas teorias e modelos mencionados partem do pressuposto de que o comportamento sexual é puramente racional, quando este possui uma carga afectiva grande, associada à interacção entre o casal, automatismo e espontaneidade, aspecto explorado pela Teoria do Comportamento Interpessoal de Triandis (1977) e que importa ser analisado.

2.2.1 Modelo de Crenças sobre a Saúde

Este modelo pretende prever e explicar os comportamentos de saúde dos indivíduos, tendo por base as teorias normativas de tomada de decisão (Ogden, 2003; Almeida, Silva e Cunha, 2005; Alvarez, 2005). Explica como os determinantes comportamentais influenciam o comportamento dos indivíduos relativo à saúde, realçando o papel das cognições e das crenças (Last, 2007). Assenta por isso em quatro constructos fundamentais, isto é, percepções que explicam o comportamento (isoladamente ou em conjunto), nomeadamente (i) a “gravidade percebida”, (ii) a “susceptibilidade percebida”, (iii) a “crença na eficácia do novo comportamento” resultante do balanço entre a percepção dos benefícios e dos obstáculos e (iv) a “disposição para a acção” – eventos, pessoas ou objectos (Jones e Bartlett, 2010).

Entende-se “gravidade percebida” como a percepção do indivíduo acerca da gravidade da doença ou do comportamento, tendo por fundamento conhecimentos médicos e/ou crenças acerca das consequências da doença ou do comportamento para a sua vida.

A “susceptibilidade percebida” é definida como a percepção do indivíduo sobre a probabilidade de adquirir a doença, assemelhando-se ao conceito da percepção de risco. Deste modo, se a pessoa se considera susceptível, aumentam os seus comportamentos preventivos; pelo contrário, quando não se considera susceptível, aumenta a probabilidade de ocorrer em comportamentos de risco (Figueiras, Marcelino e Ferreira, 2009). Todavia, nem sempre a percepção de susceptibilidade explica por si mesma o comportamento de risco, como se pode ver pelo não uso de preservativo em indivíduos com elevada percepção do risco.

Da combinação entre a “gravidade percebida” da doença e a “susceptibilidade percebida” resulta a “percepção de ameaça” (Jones e Bartlett, 2010). No entanto, os estudos têm sido controversos neste ponto, em especial

quando se tratam de comportamentos repetidos no tempo (hábito), como a utilização do preservativo (Ogden, 2003).

A “percepção de benefícios” futuros caracteriza-se como a opinião do indivíduo acerca da utilidade do novo comportamento para a diminuição do risco de doença. Pelo contrário a “percepção dos obstáculos” engloba todas as barreiras que o indivíduo entende existirem caso adopte o novo comportamento (Jones e Bartlett, 2010). Pelo que, de acordo com o modelo, o comportamento preventivo só ocorre se a percepção dos benefícios for superior às barreiras percebidas.

Então, segundo o modelo de Crenças sobre a Saúde, e utilizando como exemplo a utilização do preservativo enquanto comportamento protector da infecção por IST: o indivíduo tem de acreditar primeiramente que (i) a sua saúde se encontra ameaçada caso não use preservativo durante a relação sexual com uma pessoa que desconheça possuir ou não uma IST, mesmo que esta seja assintomática – percepção de susceptibilidade; ao fazê-lo está a (ii) perceber a gravidade das consequências da não utilização do preservativo - comportamento de risco; (iii) avalia depois a relação custo-benefício, antecipando quer os benefícios do comportamento como os seus custos – factores predisponentes; por fim, (iv) a existência de pistas desencadeadoras da acção (um anúncio de promoção do preservativo como protecção da infecção por HIV p.e), em conjunto com o resultado do balanço positivo dos benefícios face aos obstáculos, traduz-se no primeiro caso na utilização do preservativo, e no segundo no seu não uso, caso os custos superem os benefícios.

Em suma, a opção pela utilização de preservativo é feita racionalmente pelo indivíduo, a partir do valor que dá à ameaça (adquirir IST), tendo por base a sua percepção de vulnerabilidade e da gravidade percebida (elevada ou baixa), assim como a expectativa de que esta ocorra (probabilidade de infecção), a partir da qual deriva a análise de custo-benefício relativa ao comportamento preventivo e à percepção de auto-eficácia³.

2.2.2 Teoria do Comportamento Planeado (Ajzen, 1991)

Tal como no modelo anterior, esta teoria prediz que o comportamento de saúde deriva de uma decisão racional (Ajzen, 1991; Alvarez, 2005). Contudo, aqui, o

³ A auto-eficácia é uma variável motivacional que foi englobada no modelo de crenças sobre a saúde, sendo proveniente da Teoria da Auto-Eficácia de Bandura (1977). Define-se como a convicção por parte do indivíduo de que pode realizar com sucesso o comportamento necessário para alcançar os resultados pretendidos.

comportamento provém directamente da intenção comportamental do indivíduo, resultando da interacção entre três factores – atitudes, normas subjectivas e percepção de controlo – cuja relação depende do comportamento em causa.

De acordo com Ajzen (1991) a intenção comportamental inclui os factores motivacionais que influenciam o comportamento do indivíduo, e interage com a percepção de controlo face ao comportamento, indicando assim, no caso de depender do indivíduo, a probabilidade de ocorrência. Para a intenção comportamental contribuem (i) as “atitudes” face ao comportamento, isto é, em que medida uma pessoa tem ou não uma opinião favorável relativamente ao comportamento (Ajzen, 1991); (ii) a “norma subjectiva”, ou seja, a percepção individual acerca da pressão social para o desempenho ou não do comportamento (Ajzen, 1991) e ainda, (iii) a “percepção do controlo” sobre o comportamento que se baseia na experiência prévia e define como a facilidade ou dificuldade em realizar o comportamento pela antecipação de futuros obstáculos (Ajzen, 1991). De notar que esta variável do modelo, tanto pode ser preditora da intenção comportamental como influenciar directamente o comportamento (Albarracín, Kumkale e Johnson, 2004). A percepção de controlo fundamenta-se na “auto-eficácia” da Teoria da Aprendizagem Social de Bandura (1977), a qual será abordada no ponto seguinte.

Segundo a meta-análise realizada por Albarracín e colaboradores (2004), e tendo por base a Teoria do Comportamento Planeado, na predição de controlo sobre o comportamento para a intenção de utilizar preservativo são fortes influenciadores (i) a “falta de poder social” (ser mulher), (ii) a “idade mais baixa” (ser adolescente), (iii) a “pertença a uma minoria étnica” e menos fortemente, (iv) o menor “número de anos de escolaridade”.

Quanto à relação entre as normas sociais e a intenção de usar preservativo, esta é fortemente influenciada por: (i) a “idade” (mais baixa – adolescentes – essencialmente por terem uma rede social forte), (ii) o “género” (ser homem), (iii) “maior nível de escolaridade” e (iv) pertença a uma minoria étnica representativa (Albarracín e col., 2004). Deste estudo pode extrair-se a importância das normas sociais para a utilização do preservativo, na medida em que uma maior ligação ao grupo associa-se a normas mais definidas relativas à intenção do comportamento (Albarracín e col., 2004), quer seja o de usar ou não o preservativo.

Na meta-análise de Bennet e Bozionelos (2000) são importantes preditores da intenção do uso do preservativo numa relação sexual, os factores “atitude” e

“normas subjectivas” (comportamento percebido e normas do parceiro), tendo o primeiro maior relevância na explicação do comportamento.

Utilizando novamente o exemplo do uso do preservativo, mas aplicando agora a Teoria do Comportamento Planeado, podemos dizer que a utilização do preservativo durante a interacção sexual ocorre apenas quando essa decisão depende somente do indivíduo e este tem a intenção de o fazer. Considerando que esta intenção deriva parcialmente das suas atitudes positivas relativas ao uso do preservativo (evitar uma gravidez, evitar uma IST, p.e), conjuntamente com uma norma subjectiva favoráveis à sua utilização (é socialmente aceitável o uso de preservativo como método contraceptivo, sendo incentivado pelos pares, p.e) e uma percepção de controlo elevada (“todas as vezes que utilizei preservativo, não afectou o meu desempenho sexual, por isso tal não irá ocorrer da próxima vez que o fizer”, “se não tiver um preservativo à mão vou comprá-lo”, p.e), o indivíduo terá a intenção de o usar durante a relação sexual, e provavelmente fá-lo-á.

Em síntese, de acordo com a teoria do comportamento planeado, a escolha pelo uso do preservativo decorre de uma atitude positiva face ao mesmo, uma norma subjectiva favorável e controlo sobre a tomada de decisão.

2.2.3 A Auto-Eficácia na Teoria da Aprendizagem Social de Bandura (1977)

Decorrente da Teoria da Aprendizagem Social que postula que o comportamento resulta da interacção entre determinantes cognitivos, comportamentais e ambientais (Bandura, 1977), a “auto-eficácia” é definida como a crença dos indivíduos sobre a sua capacidade de influenciarem os eventos que afectam as suas vidas, e resulta de quatro fontes de informação: (i) obtenção do desempenho pretendido, (ii) experiências vicariantes, (iii) persuasão verbal e (iv) excitação fisiológica (Bandura, 1977).

A primeira deriva da experiência pessoal anterior do indivíduo, as experiências vicariantes resultam da observação dos outros (modelos) na realização do comportamento, a persuasão verbal é consequência do *feedback* verbal do modelo e por fim, a resposta fisiológica caracteriza-se como o *feedback* fisiológico que o indivíduo obtém na realização de uma tarefa (Barkley e Burns, 2000).

A percepção de auto-eficácia tem sido utilizada como variável complementar nos modelos de Crenças sobre a Saúde e na Teoria do Comportamento Planeado, com resultados interessantes para a explicação do comportamento de utilização do

preservativo (Ogden, 2003), na medida em que mede a facilidade para o indivíduo de uma mudança comportamental positiva (Barkley e Burns, 2000). Tem influência nomeadamente sobre os factores “percepção de controlo” e “norma subjectiva” da Teoria do Comportamento Planeado, no caso do modelo de Crenças sobre a saúde associa-se à “susceptibilidade percebida”. A percepção da auto-eficácia tem obtido associações positivas também com a negociação acerca do uso do preservativo no casal, quando a primeira é elevada (Costa, 2006), ou seja, nas situações em que o indivíduo acredita que possui competências suficientes para negociar com o outro e realizar o comportamento (uso do preservativo), é mais provável que o faça.

Em síntese, e ainda que os modelos e teorias anteriormente mencionados tenham trazido um contributo importante para a compreensão dos comportamentos sexuais de risco, ao incluírem factores, sociais, individuais e cognitivos, há uma percentagem da variância no comportamento preventivo que permanece sem explicação. Alvarez (2005) sugere que as percepções de controlo sejam superiores às reais nos comportamentos emocionais, como é o caso das interações sexuais, resultado de variáveis situacionais e afectivas preditoras do comportamento, mas não da sua intenção. Outros autores defendem igualmente que a dinâmica entre o casal na interacção sexual despoleta variáveis que influenciam a decisão de usar ou não o preservativo, como a negociação no casal p.e., e que não têm sido considerados (Amaro, 1995).

2.3 Teoria do Comportamento Interpessoal de Triandis (1977)

A Teoria do Comportamento Interpessoal (TCI), de Triandis (1977), é semelhante à Teoria do Comportamento Planeado, por pretender ser uma teoria geral para o comportamento social, mas também por partilhar a utilização de variáveis como a “expectativa” e as “crenças normativas” na predição da intenção comportamental e do comportamento propriamente dito (Bamberg e Schmidt, 2003).

As duas teorias distinguem-se essencialmente quanto à racionalidade do comportamento: racional na teoria do comportamento planeado (TCP), apenas parcialmente racional na TCI. Tal traduz-se na inclusão da variável “afecto” que pretende avaliar a resposta emocional do indivíduo face ao comportamento, e prediz positivamente a intenção comportamental. Esta é sem dúvida um dos pontos fortes da TCI, na medida em que o comportamento sexual é considerado como espontâneo, parcialmente irracional e baseando-se no comportamento passado ou no hábito (Kippax e Crawford, 1993 cit. Bennet e Bozionelos, 2000).

Um último ponto discordante prende-se com a importância dos factores facilitadores para o comportamento; enquanto na TCI, estes são moderadores da relação entre a intenção comportamental, o hábito e o comportamento, na TCP os factores facilitadores (percepção de controlo) são entendidos como um dos factores preditores directos do comportamento, ou indirectos, através da sua influência na intenção comportamental (Bamberg e Schmidt, 2003).

De acordo com a TCI, o “comportamento” é resultado da interacção entre a “intenção comportamental”, as “experiências passadas” e as “condições facilitadoras”, a intenção comportamental é ainda influenciada por 3 factores – (i) atitude, (ii) factor afectivo e (iii) factor social .

Proveniente da avaliação cognitiva do comportamento e das suas consequências futuras, (i) a atitude (cognição) engloba as crenças, os pensamentos e os julgamentos do indivíduo acerca do comportamento em causa (Wit, Victor e Van den Bergh, 1997); já (ii) o factor social deriva das normas e papéis sociais e define-se como a percepção do indivíduo sobre o comportamento em causa; por fim, (iii) o factor afectivo de carácter instintivo engloba as respostas emocionais face a situações específicas, respostas essas que podem ser positivas ou negativas, apresentando diferentes intensidades (Triandis, 1977).

Quanto ao seu teor explicativo para a utilização do preservativo, a Teoria do Comportamento Interpessoal tem revelado significâncias maiores na explicação do comportamento, em especial nas variáveis “norma moral” e “hábito” (Boyd e Wandersman, 1991; Nucifora, Gallois e Kashima, 1993). Assim, importa explorar um pouco cada uma das variáveis do modelo com impacto no comportamento da utilização de preservativo em adolescentes. A sua aplicação à utilização do preservativo é relevante, na medida em que o comportamento sexual, por se tratar de um comportamento interpessoal, deriva da percepção individual do que é considerado adequado para a interacção, sendo por isso influenciado pela pressão dos outros, por se gostar ou não do comportamento assim como das suas consequências, e, pela valorização com que o indivíduo as percebe (Boyd e Wandersman, 1991; Alvarez, 2005).

2.3.1 Atitude

A atitude na TCI resulta da componente cognição (Triandis, 1977), a qual compreende as crenças, os pensamentos e os julgamentos do indivíduo

relacionados com o comportamento (Wit e col., 1997). No entanto, a influência do factor “atitude” na interacção comportamental, resulta da sua interacção com o factor “afecto” (sentimentos, emoções e impulsos que o comportamento despoleta no indivíduo). Podemos por isso dizer que, embora a atitude provenha da avaliação das crenças e dos conhecimentos acerca dos resultados do comportamento, o seu impacto na utilização do preservativo deve-se igualmente às emoções associadas ao comportamento, o que permite ao indivíduo, pela avaliação dos custos e dos benefícios (Almagia, 2010), sendo também influenciado pela associação afectiva ao comportamento no passado, decidir, automaticamente, usar ou não o preservativo (Wit e col., 1997).

2.3.1.1 COMPONENTE COGNIÇÃO

Na componente cognitiva, consideram-se os conhecimentos e as crenças sobre o comportamento. Sabe-se que os conhecimentos influenciam as atitudes (Reis e Matos, 2007) embora não predigam na totalidade a intenção comportamental.

“Há muita informação na Internet, eles têm conhecimentos, mas depois vêem as representações sociais, os valores e as atitudes que colidem com estas informações. É necessário trabalhar também estas atitudes e valores que estão por detrás das informações” (B.A., profissional de saúde, LVT)

As mulheres, por exemplo, embora tendam a ter mais conhecimentos acerca dos métodos contraceptivos e das consequências de um comportamento de risco, se entenderem que o parceiro possui um padrão sexual dual, preferem a sua aceitação ao comportamento protector, não introduzindo o preservativo na relação sexual (Hynie e Lydon, 1995).

É na adolescência intermédia (14-16 anos) que as necessidades de informação acerca da vivência afectiva e sexual do adolescente são maiores, tanto no que se refere ao próprio adolescente como ao relacionamento com o outro. Todavia, é igualmente nesta fase que os adolescentes se sentem menos confortáveis em esclarecer dúvidas relativas à sexualidade e saúde sexual com os professores (42,1%) e pais (24,1%), tendendo ao invés a procurar outras fontes informativas como a internet (65,8%), os folhetos (59,7%) e a televisão (54,6%), com as quais se sentem muito confortáveis; os namorados e/ou amigos são escolhidos por 47,5% para esclarecimento de dúvidas (Matos e col., 2011).

Por isso, é uma vez que a falta de conhecimento acerca da saúde sexual e da sexualidade foi inicial e sistematicamente relacionada com a não utilização do

preservativo, a transmissão de informação é uma das componentes do programa de Educação Sexual, nas escolas portuguesas, ao abrigo do Decreto-Lei n.º 259/2000 de 17 de Outubro, relativo à Educação Sexual (Diário da República Portuguesa, 2000). Objectivo que parecia estar a ser atingido, em 2006 numa amostra nacional, 55,9% dos adolescentes portugueses consideraram que a Educação Sexual servia para recolha de informação (Matos e col., 2006), no entanto, quatro anos depois, 34,1% entendiam que os professores não tinham abordado o tema da educação sexual nas aulas (Matos e col., 2011).

“Existe pouco conhecimento sobre IST, embora saibam mais acerca de HIV e agora do HPV. A informação continua muito direccionada para a gravidez e para as raparigas” (E.A., profissional de saúde, Alentejo)

“Há um maior à-vontade da parte dos adolescentes com o tema, eles têm uma ideia geral sobre as IST mas não real conhecimento. A maioria das intervenções não se foca no treino de atitudes e competências mas na informação que os adolescentes não retêm.” (V.E., profissional de saúde, Centro)

Todavia, os resultados da implementação da Educação Sexual têm-se mostrado positivos, com grande parte dos adolescentes a responderem correctamente a afirmações sobre o HIV/SIDA, em especial os alunos mais velhos e as raparigas (Ramos, 2008; Matos e col., 2011).

“Subsistem no entanto grandes diferenças entre Litoral e Interior no acesso à informação.” (V.E., profissional de saúde, Centro).

Mais, os conhecimentos adquiridos parecem estar a traduzir-se em mudanças comportamentais: 84,7% dos adolescentes do 8.º ano sexualmente activos utilizaram preservativo na última relação sexual, mais 2,9% do que nos alunos do 10.º ano (Matos e col., 2011).

A medição da “atitude” (componente cognição) é feita através de itens de avaliação de conhecimento, por exemplo, consequências da não utilização de preservativo, conhecimento sobre IST e suas implicações, aos quais o adolescente tem de responder correctamente (Wit e col., 1997)

2.3.2 Factores sociais

Os factores sociais, dependentes do contexto social em que o indivíduo se insere, englobam as normas - crenças normativas e norma moral⁴, crenças de papel

⁴ Norma moral: é também designada por crença normativa pessoal.

acerca da adequação de um comportamento à percepção do papel social do indivíduo e ainda o auto-conceito (Triandis, 1977). De acordo com Almagia (2010), a crença normativa refere-se à percepção do indivíduo sobre o significado de um determinado comportamento para o grupo de referência.

Enquanto a norma moral implica uma auto-avaliação do comportamento pelo próprio, com base nos seus princípios pessoais. Ou seja, em última análise é ao indivíduo, ainda que influenciado pelos outros factores, que cabe a decisão de ter ou não o comportamento, mesmo que tal implique contrariar a crença normativa ou a crença na existência de papéis específicos (Almagia, 2010).

Ainda segundo o mesmo autor, a crença na existência de papéis sociais específicos determina que os indivíduos se comportem de acordo com o que a sociedade definiu como apropriado para eles. Vejamos um exemplo, na sociedade portuguesa onde o modelo de masculinidade parece ser dominante, sendo transmitido aos rapazes durante a socialização (DGS, 2003) – a experiência sexual é preconizada como favorável ao sexo masculino, na medida em que lhe garante um papel activo na interacção sexual e consequentemente aceitação social no que se refere à multiplicidade de parceiras assim como ao carácter de casualidade das interacções sexuais. Pelo contrário, a rapariga deveria apresentar um papel mais passivo e recatado, em que a interacção sexual apenas ocorre se inserida num contexto de compromisso. Ora se uma rapariga que vive neste contexto, tem comportamentos idênticos aos do rapaz, multiplicidade de parceiros, por exemplo, tenderá a ser socialmente condenada, por não ter um comportamento adequado ao seu papel social e assim quebrar a norma cultural vigente (Lyons, Giordano, Manning e Longmore, 2010).

Por fim, o auto-conceito é entendido como a percepção que o indivíduo tem de si próprio quanto ao comportamento que pretende e pode realizar e às metas que pretende atingir (Triandis, 1977).

2.3.2.1 CRENÇAS NORMATIVAS

A influência do grupo de pares é fundamental na adolescência (Matos, 2010) por um lado, há um afastamento dos pais e a aproximação a pessoas com quem o adolescente se identifica ou pretende identificar; maioritariamente porque a

formação da identidade ocorre pela interacção com os outros, nomeadamente com amigos e colegas, os quais tendem a funcionar como modelos.

De acordo com Triandis (1977), o conceito de crença normativa é o modo como a percepção do grupo face a um determinado comportamento é percebida pelo indivíduo.

“Os adolescentes são muito pressionados pelos pares. [Quanto ao início da actividade sexual] questionam-se porque é que eu não faço? Será que tenho algum problema? Penso que isso suscita-lhes alguma vontade de o fazer, mas fazem-no essencialmente pelos afectos e experimentação” (B.A., profissional de saúde, LVT)

Apresenta associações significativas com a intenção de utilização do preservativo: negativa – se a percepção do comportamento de risco dos outros é superior à real (Krahé, Bieneck e Scheinberg-Olwig, 2007), ou reforça o padrão sexual dual levando ao não uso de preservativo (Alvarez, 2005; Anastácio, 2010); positiva quando a crença normativa apoia o uso do preservativo, contrariando o padrão sexual dual do indivíduo (Lyons, Giordano, Manning e Longmore, 2010).

“Uma rapariga que se sente julgada por ter um preservativo consigo provavelmente não irá colocar o preservativo na carteira” (B.A., profissional de saúde, LVT)

A relação negativa entre a percepção do comportamento de risco e a intenção comportamental deriva muitas vezes do risco percepcionado nos outros ser superior ao risco real. Em Portugal e de acordo com Matos e colaboradores (2006), a diferença entre o comportamento de risco e a sua percepção é de 13,7% nos rapazes (41,1% contra os 27,4% auto-respondidos) e 30% nas raparigas (48,2% contraposição aos 18,6% reais). Ora tal percepção, considerando que o indivíduo quer integrar-se no grupo, pode condicionar o seu comportamento de modo a identificar-se com os outros, iniciando por exemplo a vida sexual, precocemente (Krahé e col., 2007).

Por outro lado se o adolescente possui um grupo diversificado de amigos, cujas crenças normativas são positivas para a existência de um único padrão sexual para rapazes e raparigas, então, independentemente do número de parceiros, ela não sentirá os custos sociais de ter infringido a norma pelo que o seu auto-conceito é reforçado (Lyons e col., 2010). Ora sabe-se que um auto-conceito elevado contribui para a intenção de usar preservativo (Costa, 2006).

Quanto à medição das crenças normativas, é feita normalmente através de uma escala de concordância/discordância relativa a itens cujo conteúdo assenta nas

crenças normativas do grupo, como por exemplo: “Quantos dos teus amigos pensas que já teve relações sexuais” ou “Os meus amigos pensam que não há problemas em ter relações sexuais sem ser com um namorado” (Lyons e col., 2010).

2.3.2.2 CRENÇA NA EXISTÊNCIA DE PAPÉIS ESPECÍFICOS

Se a crença na existência de papéis específicos é comum na sociedade, tal também se aplica ao comportamento sexual e apresenta consequências para a vivência da sexualidade pelos indivíduos, influenciando os comportamentos preventivos. Assim, importa compreender o impacto da sua adequação aos papéis sociais definidos para cada membro do casal, na medida em que tem ocorrido uma evolução dos papéis sociais, em especial do papel da mulher.

“Os homens são ainda muito associados à força, à agressividade, à inteligência... enquanto as mulheres são muitas vezes associadas à beleza, à intuição... mas quando lhes perguntamos o que acham que é o típico, já começa a haver uma capacidade de pensar sobre isto e os jovens mostram-se abertos. No entanto os estereótipos estão ainda muito presentes” (B.A., profissional de saúde, LVT).

Entende-se padrão sexual dual como a diferenciação, ao nível da socialização de rapazes e raparigas, no que é esperado de cada género no relacionamento sexual (Reiss, 1960 cit. Lyons e col., 2010), ou seja, é a existência de papéis sociais e sexuais distintos e específicos que geram expectativas diferentes em rapazes e raparigas quanto ao comportamento esperado na interacção sexual.

Sabe-se que a existência de um padrão sexual dual resultante do processo de socialização, tende no caso dos rapazes a focalizar-se na valorização da experiência sexual enquanto as raparigas aprenderam a associar o compromisso ao relacionamento (Marston e King, 2006; Lescano, Brown, Raffaeli e Lima, 2009) o que tem como consequência inibir comportamentos sexuais femininos idênticos aos masculinos, considerando-os promíscuos e uma violação à normal social (Crawford e Popp, 2003; Lyons e col., 2010; Saavedra e col., 2010). Tal condiciona muitas vezes a existência de comportamentos sexuais protectores (Alvarez, 2005; Anastásio, 2010; Lyons e col., 2010) por interferir no auto-conceito da rapariga, na sua motivação para a relação sexual, no contexto e nas condições em que decorre, dificultando a negociação do uso do preservativo e a sua utilização na relação sexual (Crawford e Popp, 2003), mesmo quando a rapariga considera injusta a existência de tal padrão sexual (Lyons e col., 2010; Pinquart, 2010).

“As diferenças entre o que é esperado dos rapazes e das raparigas está a diminuir, no entanto os rapazes continuam a poder sair à noite mais cedo, e até horas mais tardias, o que os expõe a um maior número de factores de risco. Por outro lado, ao nível dos relacionamentos, rapazes e raparigas tendem a vê-los de igual forma, primeiro como ocasionais e não pontuais e só posteriormente namoros” (V.E., profissional de saúde, Centro).

“Embora os papéis sexuais dos dois géneros se aproximem, as raparigas continuam a ser mais responsabilizadas, são elas que vão buscar os preservativos, são elas que usam a pílula. É preciso responsabilizar os rapazes e desmistificar a ideia de que o planeamento familiar é só para as mulheres”. (E.A., profissional de saúde, Alentejo).

Alguns estudos apontam para uma diminuição do padrão sexual dual (Baus, Ksobiech e Cunningham, 2001), todavia em Portugal, este parece continuar a ser predominante (ver p.e. Palhares, 2005; Ramos, Eira, Martins, Machado, Bordalo e Polónia, 2008) especialmente quanto ao que é pretendido da interacção sexual, o que se traduz por diferenças nos dois géneros: a maioria dos rapazes apresentava uma opinião mais favorável ao sexo sem compromisso, enquanto as raparigas procuravam maioritariamente comprometimento afectivo na relação sexual.

“Elas já trazem o preservativo consigo, mesmo que não tenham uma vida sexual activa, no entanto permanecem alguns preconceitos relativos à virgindade e homossexualidade.” (professor de educação sexual, LVT)

Também nos cuidados de saúde relativos à saúde sexual é visível a existência de um padrão sexual dual, sendo esta uma área essencial da aposta na prevenção, importa pois mudar as atitudes dos próprios profissionais de saúde:

“[O planeamento familiar] está individualmente direccionada para as raparigas por causa das percepções de género, mas há um interesse cada vez maior dos rapazes em participarem... eles estão muito disponíveis para falar, muitas vezes vêem-se os técnicos mais direccionados para as raparigas... é preciso dizer que há ali também rapazes.” (B.A., profissional de saúde, LVT)

Em suma, a crença na existência de papéis sexuais específicos para cada género condiciona a intenção do adolescente em usar ou não o preservativo (Marstons e King, 2006), fá-lo: i) ao interferir na comunicação e na capacidade de negociação do uso do preservativo no casal (Alvarez, 2005), ii) por influenciar a iniciativa da relação sexual e sugestão do preservativo (Hynie e Lydon, 1995), ii) ao condicionar o uso ao contexto em que a interacção sexual ocorre (Alvarez e Garcia-Marques, 2008).

Quando à avaliação do padrão sexual dual, esta é medida através de entrevistas ou questionário em que se pede que o indivíduo manifeste a sua concordância/discordância numa escala que avalia um item exemplificativo da existência do padrão sexual dual, por exemplo, “Uma mulher que tenha tido muitos parceiros sexuais será julgada mais negativamente que um homem que tenha tido o mesmo número de parceiras” (Crawford e Popp, 2003).

2.3.2.3 NORMA MORAL

A norma moral é entendida como o reflexo dos sentimentos pessoais relativos à obrigação moral ou à responsabilidade de desempenhar ou não um comportamento (Triandis, 1977). Associa-se à existência de papéis sexuais específicos, nomeadamente ao padrão sexual dual, traduzindo-o e adaptando-o ao indivíduo.

Esta variável tem obtido bons resultados na explicação do uso do preservativo em relações sexuais em geral (Boyd e Wandersman, 1991), mas também nas relações sexuais anais, onde obteve 5,5% de valor explicativo (Godin, Maticka-Tyndale, Adrien, Manson-Singer, Willms, Cappon, 1996). A norma moral é avaliada normalmente através da resposta, numa escala de concordância/discordância a um item relativo a esta temática, por exemplo “O preservativo protege a minha saúde” (Bennett e Bozionelos, 2000).

2.3.2.4 O AUTO-CONCEITO

O auto-conceito é entendido como a percepção que o indivíduo tem de si próprio quanto ao comportamento que pretende e pode realizar e às metas que pretende atingir (Triandis, 1977). Assemelha-se à “auto-eficácia” de Bandura, interagindo com o padrão sexual dual e com a comunicação no casal, na predição do uso do preservativo, pelo que será esse o conceito usado. A auto-eficácia pode influenciar as atitudes, na medida em que está relacionada com a cognição (Sieving, Bearinger, Resnick, Pettingell e Skay, 2007).

“Muitos dos adolescentes ainda pensam que o preservativo interfere com a performance sexual, o que faz com que não gostem de o utilizar” (B.A., profissional de saúde, LVT)

Esta variável tende a ser medida através da resposta a itens exemplificativos numa escala de concordância/discordância, por exemplo, “Recusar ter relações sexuais sem o uso de contraceptivos” (Sieving e col., 2007), “Eu não tenho a certeza

se poderei usar preservativo quando tiver relações sexuais com um novo parceiro” (Baele, Dusseldorp e Maes, 2001).

2.3.3 Factores afectivos

É o factor afectivo que representa a resposta emocional e instintiva do indivíduo perante um possível comportamento (Triandis, 1977), podemos dizer que em última análise são os afectos que mais contribuem para a intenção de usar preservativo, ora vejamos:

O afecto é influenciado e tem impacto em vários factores. Por um lado sofre influências da experiência anterior, ou seja, se o indivíduo teve uma experiência positiva com o comportamento no passado, maior a probabilidade de realizar novamente o comportamento (Almagia, 2010). Por outro, a antecipação de sentimentos negativos associados ao comportamento, neste caso a uma relação sexual sem preservativo, conduzem a uma maior intenção de utilização do mesmo (Nucifora, Galois e Kashima, 1993; Richard, Vand Der Plight e Vries, 1995).

Mas o factor afectivo também influencia a intenção comportamental através da interacção com outras variáveis como o padrão sexual dual (Alvarez, 2005), nomeadamente na comunicação e negociação do preservativo (Noar, Carlyle e Cole, 2006; Widman, Welsh, McNulty e Little, 2006), na iniciativa da relação sexual e introdução do preservativo (Hynie e Lydon, 1995), ou de acordo com o contexto em que a relação sexual ocorre (Alvarez e Garcia-Marques, 2008; Hynie, Lydon, Côté e Wiener, 1998). Por isso, considerando que as decisões acerca do comportamento sexual se fundamentam parcialmente em processos mais automáticos como os factores emocionais e o comportamento passado, é possível perceber porque razão, muitas vezes, mesmo os indivíduos informados têm comportamentos sexuais de risco (Alvarez, Garcia-Marques, 2008).

O afecto pode ser avaliado através dos guiões sexuais (Alvarez, 2005), mas também da resposta a itens que traduzam estas temáticas, através de escalas de concordância/discordância.

2.3.4. A intenção comportamental

Na TCI, a intenção comportamental prediz o comportamento, através da interacção com os factores facilitadores e com a experiência prévia (Triandis, 1977). O conceito de guião sexual apresenta parecenças com a norma moral quanto à

adaptação das normas sociais/guiões colectivos para o indivíduo, no entanto, possui um carácter mais global, automático e instintivo. De acordo com Simon e Gagnon (1986), “guião sexual” define-se como uma estrutura de conhecimento esquemática das sequências de eventos ocorridos durante uma interacção sexual, o que permite ao indivíduo definir uma interacção e nomear os seus actores adequando deste modo o seu comportamento. Ou seja, é o guião sexual que, numa interacção sexual, permite aos intervenientes (casal) não só entender o comportamento em questão e o que é esperado deles, como comportarem-se de acordo com essas expectativas (Ortiz-Torres, Williams e Ehrhardt, 2003). De notar que, nesta perspectiva o guião sexual individual dependeria da atitude, das crenças normativas, da norma moral e da crença em papéis específicos para cada género (padrão sexual dual).

Assim, e extrapolando para a TCI, o guião sexual, de carácter automático, assemelha-se mais à intenção comportamental, uma vez que engloba já todas as influências dos factores cognitivo, social e afectivo. Todavia, sofre adaptações consoante a existência de factores influenciadores, como a disponibilidade ou não do preservativo.

Conquanto Simon e Gagnon (1986) tenham dividido o guião sexual em 3 níveis — cultural, intrapsíquico e interpessoal —, outros autores (Alvarez, 2005; Krahé, Bieneck e Scheinberger-Olwig, 2007) consideraram guiões sexuais gerais e individuais. Para a análise dos factores afectivos na TCI, apenas os guiões individuais (Alvarez, 2005; Krahé e col., 2007) e interpessoais (Simon e Gagnon, 1986) fazem sentido, na medida que guiões gerais e culturais enquadram-se nos factores sociais por dependerem dos papéis sociais e condicionantes culturais.

2.3.5 Factores influenciadores da intenção comportamental

São diversos os factores influenciadores da intenção do uso do preservativo numa relação sexual, no entanto, destaca-se a comunicação no casal (Noar e col., 2006), a iniciativa da relação sexual e a introdução do preservativo (Hynie e Lydon, 1995), o contexto em que decorre a relação sexual (Alvarez e Garcia-Marques, 2008) e o consumo de substâncias.

A comunicação na interacção sexual é de crucial importância, pois permite o desenvolvimento de um relacionamento equilibrado, em que se escutam as necessidades de ambos e são respeitadas vontades (Edgar e Fitzpatrick, 1993). Está por isso, e em especial quando aborda especificamente a utilização do

preservativo, positivamente relacionada com um auto-conceito elevado, e negativamente associada ao padrão sexual dual - no caso das raparigas - e ao comportamento passado (Noar, Carlyle e Cole, 2006). A comunicação no casal apresenta associação positiva com a utilização de preservativo em adolescentes (Matos e col., 2006; Widman e col., 2006; Ramos e col., 2008) e em indivíduos sexualmente activos no geral (Noar e col., 2006).

“Os jovens com menor capacidade comunicativa tendem a ter modelos menos positivos e mais relações sexuais desprotegidas” (E.A., profissional de saúde, Alentejo)

Todavia como o padrão sexual dual continua presente, replicando os modelos de masculinidade dominantes, ou seja, sem partilha da responsabilidade na relação, nem reforço das competências comunicacionais com vista à discussão e entendimento nas relações amorosas (DGS, 2003), característica vista socialmente como feminina, torna-se difícil para as raparigas negociarem a utilização do preservativo, durante a interacção sexual (Baus e col., 2001; Ortiz-Torres e col., 2003). Com vista à igualdade de direitos e deveres na interacção sexual, é então essencial reforçar as competências comunicacionais masculinas, e em simultâneo as capacidades negociadoras das mulheres, de forma a que o casal comunique, discuta e negocie temas associados à relação, e também à interacção sexual, como é o caso da contracepção e especificamente do uso de preservativo (DGS, 2003).

2.3.5.1 INICIATIVA DA RELAÇÃO SEXUAL E USO DO PRESERVATIVO

A iniciativa da relação sexual decorre directamente da integração pelo indivíduo no seu guião sexual, do que é esperado socialmente do rapaz e da rapariga numa relação sexual, e que se traduz na decisão do uso ou não do preservativo. No estudo de Matos e colaboradores (2006) sobre as crenças, atitudes e comportamentos dos jovens relativamente à sexualidade, 31,5% dos jovens afirmavam que a iniciativa da relação sexual devia partir do rapaz (37,1% se considerarmos apenas a opinião feminina), contra 57,2% (61,2% se escutadas as raparigas) que entendiam que a decisão deve ser conjunta.

Ou seja, embora as raparigas pensem maioritariamente que devem ser os dois a iniciar a interacção numa clara alusão a uma mudança no padrão sexual dual e aproximação de um padrão sexual único, há no entanto mais raparigas do que

rapazes a entender que deve ser o rapaz a ter a iniciativa, uma das principais características associadas ao papel sexual masculino tradicional.

Por outro lado, e após iniciada a relação sexual, há que decidir se se usa ou não o preservativo. Todavia, sendo esta situação espontânea em que o controlo do indivíduo é baixo ou mesmo inexistente, o guião sexual é activado. Hynie e Lydon (1995) sugeriram que as mulheres estavam mais sujeitas aos efeitos do duplo padrão sexual do que os homens, uma vez que o rapaz é visto como o elemento activo e por isso está “sempre preparado” para a relação sexual levando o preservativo consigo, o que não acontece para a mulher.

De acordo com a TCI, e considerando a Teoria dos Guiões Sexuais, se existir um padrão sexual dual, quando a expectativa face ao comportamento do outro se concretiza, por exemplo, ser o rapaz a “fazer os olhares”, assumindo um papel activo, a rapariga espera que seja ele a introduzir o preservativo na relação sexual, seguindo o seu guião sexual, e caso conste nele o preservativo tenderá a utilizá-lo. Pelo contrário, se na mesma situação, for a rapariga a sugerir o uso de preservativo, a sua utilização poderá ter de ser mediada pela negociação com o rapaz, uma vez que contraria o seu guião.

Importa assim analisar a presença ou ausência do preservativo nos guiões sexuais dos adolescentes assim como a influência dos factores sociais e afectivos para o uso do preservativo em adolescentes.

2.3.5.2 CONTEXTO DA RELAÇÃO SEXUAL

O contexto tem sido associado ao uso de preservativo (Alvarez e Garcia-Marques, 2008). Alvarez (2005, p. 177) define factores contextuais como “as características que moldam ou se desenvolvem na situação em que a interacção sexual tem lugar”, dentro destes podemos incluir o estatuto do relacionamento, ou seja, o contexto em que ocorre a relação sexual, ou seja, se é casual (pontual) ou estável (namoro, mesmo que de curta duração).

“A perspectiva dos adolescentes já é de que ‘O preservativo não é utilizado para me proteger a mim mas para NOS protegemos’ ” (E.S., profissional de saúde, Alentejo)

Estudos demonstram que a utilização do preservativo é mais frequente em relações casuais do que em relacionamentos estáveis (Edgar e Fitzpatrick, 1993; Lucas, 1993; Hynie e col., 1998; Lescano e col., 2010), uma vez que os últimos se

consideram à partida mutuamente monogâmicos, sendo percebidos como de menor risco.

“O preservativo é também muitas vezes associado à falta de confiança... a sua utilização pode implicar não confiar no outro” (B.A., profissional de saúde, LVT)

Numa relação estável, o não uso do preservativo é visto como um modo de fortalecer a relação com o parceiro, através da partilha de intimidade (Bennet e Bozionelos, 2000) e da confiança numa relação mutuamente monogâmica (Camargo e Bousfield, 2009; Lescano e col., 2010).

“ O preservativo não é muitas vezes usado, por escolha, o adolescente tem inseguranças, medo de falhar na fantasia do outro.” (V.E, profissional de saúde, Centro)

No caso de uma relação casual, e numa sociedade em que o padrão sexual dual é predominante, o preservativo pode não ser sugerido ou mesmo usado, porque a rapariga não quer dar a entender ao parceiro que não pretende intimidade num envolvimento afectivo posterior (Hynie e col., 1998), contrariando a norma social e as crenças de papel específicas dessa cultura. Caso a não introdução do preservativo seja da responsabilidade do rapaz, pode dever-se ao facto de não querer ofender a parceira, uma vez que o preservativo é associado a relações sexuais sem importância que não se traduzem em relacionamentos amorosos posteriores (Edgar e Fitzpatrick, 1993; Hynie e col., 1998).

Em suma, o contexto interage com os factores sociais e com os factores afectivos, na predição do uso de preservativo.

Síntese deste capítulo

Na utilização do preservativo por adolescentes importa avaliar e analisar a intenção comportamental, na medida em que esta apresenta uma correlação elevada com o comportamento e saber quais os factores que mais contribuem para esse resultado. Tratando-se de um comportamento sexual, de sua natureza espontâneo, no caso dos adolescentes, com um grau de impulsividade elevado e muitas vezes associado ao consumo de substância, o indivíduo não interrompe a sequência de acções para decidir custos e benefícios do uso do preservativo (Alvarez, 2005).

Assim, ele recorre a uma resposta afectiva previamente armazenada na sua memória, que perante a exposição ao estímulo ou ao comportamento é novamente activada, permitindo-lhe comportar-se de acordo com o que considerou previamente

ser o seu papel naquela interacção (Alvarez, 2005). Pelo que a TCI, por estudar o factor afectivo, considerando o comportamento como parcialmente irracional, é a teoria parcialmente aplicada, com as adaptações decorrentes da especificidade ao problema em estudo, como a substituição da variável “crença em papéis específicos” pelo “padrão sexual dual”.

Para a compreensão da intenção do uso do preservativo em adolescentes importa analisar a importância de cada um dos factores preditores, especificamente - cognições, crenças normativas, papel sexual dual, norma moral, e os afectos. Assim como as interacções entre eles. Todavia, e uma vez que por vezes os factores influenciadores condicionam o uso do preservativo deve também explorar-se a relação entre estas variáveis e a intenção comportamental.

Capítulo III. Material e Métodos

Utilizou-se como quadro teórico de referência o modelo do comportamento interpessoal de Triandis (1977), pela inclusão da noção de que o comportamento prévio e repetido conduz a um comportamento automático, logo menos deliberado, em conjunto com a inclusão dos factores afectivos, também eles mais instintivos, enquanto determinantes do comportamento. Este modelo contraria os modelos anteriores que entendem o comportamento sexual como puramente racional, permitindo explorar outros factores por detrás dos comportamentos sexuais de risco (Alvarez, 2005), daí a sua escolha enquanto modelo teórico.

No entanto, porque se pretendem estudar os comportamentos sexuais dos adolescentes, foram seleccionadas apenas as variáveis que têm sido mais associadas ao uso do preservativo nesta população, adicionando-se variáveis provenientes de outras teorias, como o padrão sexual dual da Hipótese do Padrão Sexual Dual de Reiss (1960 cit. Lyons e col., 2010).

3.1 Explicitação das hipóteses

Para a postulação das hipóteses, considera-se o modelo proposto, a revisão de literatura e os dois últimos objectivos de investigação:

- Caracterizar os principais factores relacionados com a utilização de preservativo em adolescentes de 14, 15 e 16 anos a frequentar o 9.º ano das escolas portuguesas, à luz da Teoria do Comportamento Interpessoal de Triandis.
- Explorar a relação entre atitudes, factores sociais e afectivos, e a utilização do preservativo em adolescentes de 14, 15 e 16 anos a frequentar o 9.º ano das escolas portuguesas.

Assim, são hipóteses de investigação:

H₁: Mais de 25% dos adolescentes do 9.º ano já iniciou actividade sexual.

H₂: Dos adolescentes do 9.º ano sexualmente activos, mais de 50% utilizou o preservativo no último contacto sexual, e mais de 50% usa frequentemente ou sempre o preservativo.

H₃: Uma atitude positiva face ao preservativo associa-se positivamente à intenção de utilização do mesmo pelos adolescentes do 9.º ano.

H₄: As crenças normativas positivamente associadas ao uso do preservativo correlacionam-se positivamente com a intenção de utilização em adolescentes.

H₅: A existência de um padrão sexual dual associa-se negativamente à intenção do uso do preservativo.

H₆: A existência de um padrão sexual dual apresenta uma associação mais significativamente negativa com a intenção de usar preservativo em relações estáveis comparativamente a relações ocasionais.

H₇: A existência de uma IST no passado associa-se negativamente ao afecto e positivamente à intenção de usar preservativo numa relação sexual futura.

H₈: A comunicação no casal acerca do preservativo associa-se a uma maior intenção do uso do preservativo.

H₉: A norma moral associa-se positivamente à intenção do uso do preservativo.

3.2 Operacionalização das variáveis

As variáveis foram definidas com base na revisão de literatura e na análise de conteúdo da entrevistas exploratórias (realizadas nos meses de Janeiro e Fevereiro de 2011), e encontram-se em anexo (ver anexo n.º 3).

3.3 Desenho da investigação

De forma a melhor compreender a realidade dos adolescentes portugueses do 9.º ano quanto aos factores relacionados com a utilização do preservativo, optou-se por um desenho de investigação que tem sido sistematicamente utilizado neste tipo de estudo, ou seja, observacional, de carácter descritivo e transversal (Figueiras, Marcelino, Ferreira, 2009; Costa, Diniz, Ferreira, Ribeiro, Silva e Silva, 2010; Coelho, Souto, Soares, Lacerda e Matão, 2011), mas também analítico, correlacional (Miranda, 2003).

Na fase de diagnóstico o estudo tem um carácter maioritariamente exploratório, na medida em que pretende compreender um fenómeno específico (Graça, 2004), neste caso as razões associadas ao não uso do preservativo em adolescentes. Sabe-se que os estudos observacionais permitem a observação,

medição e análise das variáveis sem que haja intervenção sobre o factor em estudo (Ribas e Yaphe, 2008). Outra vantagem implica a sinalização de áreas a explorar num estudo descritivo ou causal posterior (Graça, 2004), é ainda económico, de fácil execução e permitir analisar diversas variáveis em simultâneo.

Por outro lado, um estudo descritivo transversal analisa a relação entre duas ou mais variáveis num período de tempo específico (Last, 2007), o que permite estudar diferentes populações, ao contrário dos estudos longitudinais que acompanham a população ao longo do tempo, verificando as alterações ocorridas e sendo por isso mais dispendiosos. Neste caso específico, a opção por um estudo transversal deve-se ao seu menor custo financeiro e de tempo, e à possibilidade de análise das diferentes interações entre as variáveis.

Quanto aos estudos correlacionais, são utilizados para a análise e clarificação da relação entre duas ou mais variáveis através de métodos estatísticos (Graça, 2004). Como se pretendem testar hipóteses que associam diferentes variáveis e não a causalidade entre elas, não interferindo no fenómeno em estudo, e se utilizam essencialmente variáveis qualitativas ordinais, este estudo parece ser o indicado para o propósito do presente trabalho. O estudo analítico de coorte por estudar grupos de indivíduos ao longo do tempo, comparando os níveis de exposição com a doença (Last, 2007), foi excluído devido a limitações temporais e financeiras do projecto, embora já tenha sido utilizado em algumas investigações (Viana, Faúndes, Mello e Sousa, 2007). Também a opção por um estudo analítico de caso-controlo, utilizada em estudos semelhantes (Miranda, 2003), foi colocada de lado neste protocolo por conduzir a uma amostra muito reduzida e pouco representativa da população em estudo, porque a sexualidade e a saúde sexual são temas da intimidade do indivíduo sobre o qual nem sempre os adolescentes se sentem à vontade para conversar; por outro lado, como as IST são maioritariamente assintomáticas, muitos não sabem estar infectados, não estando a análise laboratorial para detecção de IST incluída no âmbito deste estudo.

Daí a opção por um estudo observacional, descritivo, transversal, analítico e correlacional, que permite descrever e caracterizar os fenómenos em estudo, assim como encontrar relações entre as variáveis.

3.4 População e amostra

A população em estudo inclui os adolescentes, entre os 14 e os 16 anos de idade, a frequentar o 9.º ano de escolaridade em escolas portuguesas. No entanto ao longo das diferentes fases do estudo serão utilizadas diferentes amostras, uma para as entrevistas exploratórias, constituída por peritos (professores e profissionais de saúde), e por adolescentes e encarregados de educação; outra para o pré-teste do questionário e ainda uma amostra para a validação do questionário.

3.4.1 Diagnóstico: Entrevistas exploratórias

As entrevistas exploratórias tinham como objectivo obter informação relevante e específica da população, não condicionada pelo factor “escola”, nem anteriormente mencionada pela literatura, que pudesse posteriormente ser incluída no questionário.

Para as entrevistas aos adolescentes e encarregados de educação, utilizou-se a técnica de amostragem por bola de neve, a qual consiste na selecção de um primeiro grupo de indivíduos (aleatoriamente ou por julgamento), os quais referem os posteriores inquiridos (Nunes, 2010). A sua escolha, mesmo sendo uma temática sensível, permitiu encontrar adolescentes e encarregados de educação dispostos a colaborar no estudo, o que aumentou o tamanho da amostra. No caso dos profissionais de saúde e professores, escolheu-se a técnica de amostragem por julgamento, uma vez que esta técnica de amostragem não probabilística permite a selecção de elementos da população de acordo com o julgamento do investigador (Nunes, 2010), neste caso pretendia-se ouvir os peritos na área da educação e saúde sexual. Embora os estudos sobre o uso do preservativo utilizem por norma amostragens aleatórias (p.e. Dias, Matos e Gonçalves, 2005) ou por conveniência (p.e., Taquette, Vilhena e Paula, 2004; Alves e Dixe, 2005), nesta primeira fase, dados os objectivos pretendidos e as limitações temporais e financeiras, optou-se por estes tipos de amostragem, atendendo a possíveis limitações associadas.

Assim, nesta fase a amostra foi constituída por 18 indivíduos, dos quais, 2 professores da Região de Lisboa e Vale do Tejo, 3 encarregados de educação (Norte e Lisboa e Vale do Tejo), 9 adolescentes (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo e Alentejo) e 4 profissionais de saúde (Centro, Lisboa e Vale do Tejo e Alentejo).

3.4.2 Elaboração do Questionário, pré-teste e validação

Na segunda fase, com base na revisão de literatura e nas análises de conteúdo das entrevistas exploratórias construiu-se o questionário, que foi validado por peritos, especialistas escolhidos com base em amostragem por julgamento, pelas mesmas razões que as referidas para os profissionais de saúde e professores da fase anterior, num total de 6 – 3 psicólogos clínicos (centro de saúde e escolas), 1 técnico de saúde, 2 professores de educação sexual. O questionário foi ainda revisto nesta fase por 4 adolescentes.

Para o pré-teste (Moreira, 2009), e considerando as limitações ao nível de recursos humanos e financeiros, irá utilizar-se a técnica de amostragem por conveniência de modo a englobar 150 adolescentes de uma só região (6 turmas de 25 alunos cada, uma turma por escola). No entanto, a amostra deverá ser representativa da população em estudo, pelo que o número de rapazes e raparigas será semelhante, devendo existir maior número de adolescentes com 15 anos, alunos provenientes de diferentes estratos sócio-económicos (Matos, 2010), proporção de ruralidade vs. urbanidade (Almeida, Silva, Cunha, 2005), devendo ainda estar representados adolescentes provenientes das comunidades emigrantes (Lescano e col., 2009; Brak-Lamy, 2010).

Caso subsistam dúvidas após o pré-teste serão realizadas entrevistas aprofundadas, para integração no questionário a ser validado.

A fase de validação do questionário deverá ser realizada a nível nacional, após os ajustes decorrentes do pré-teste e do estudo-piloto, seleccionando-se uma amostra para a aplicação do questionário, obtida a partir de uma técnica de amostragem por conveniência devido às limitações financeiras e de recursos inerentes à investigação científica não financiada. Todavia, tal como para o pré-teste, aqui a amostra terá de ter representatividade, pelo que deve englobar pelo menos duas escolas de cada distrito (uma pública e outra privada quando existir), número de respondentes femininos (50,3%) idênticos aos masculinos (49,7%), com maior percentagem de adolescentes com 15 anos por ser a maior percentagem de alunos a frequentar o 9.º ano, devem estar ainda representados adolescentes provenientes de comunidades emigrantes, assim como adolescentes de todas os estratos sócio-económicos, com maior peso nos que são mais comuns na população em estudo, deve atender-se também ao nível de urbanidade vs. ruralidade na amostra de modo que esta seja representativa da população.

No ano lectivo de 2008/09, existiam 523.155 alunos matriculados no 3.º ciclo dos quais 210.148 na Região Norte (40,17%), 112.944 na Região Centro (21,59%), 122.316 na Região de Lisboa e Vale do Tejo (23,38%), 34.707 na Região do Alentejo (6,63%), 20.095 no na Região do Algarve (3,84%), 10.734 na Região Autónoma dos Açores (2,05%) e 12.211 na Região Autónoma da Madeira (2,34%) (Gabinete de Estatística e Planeamento da Educação (GEPE) e Ministério da Educação, 2010). No total, 50,3% eram mulheres e 49,7% homens.

Extrapolando-se para os alunos de apenas um dos três anos do 3.º ciclo (7.º, 8.º e 9.º), e considerando o número de alunos igual, no 9.º ano deverão estar matriculados cerca de 174.385 alunos. Então, para esta população de estudo, a amostra, com um nível de confiança de 99%, e um intervalo de confiança de - 2,58 a + 2,58 (Spiegel, 1978), deverá ser de 2.465 respondentes (The Survey System, 2011). Destes, e respeitando as variações regionais, a distribuição dos questionários será de 990 no Norte (498 raparigas) com 40 turmas, 532 no Centro (268 raparigas) com 21 turmas, 576 em Lisboa e Vale do Tejo (290 raparigas) com 23 turmas, 163 no Alentejo (82 raparigas) com 7 turmas, 95 no Algarve (48 raparigas) com 4 turmas, 51 na Região Autónoma dos Açores (25 raparigas) com 2 turmas e 58 na Região Autónoma da Madeira (29 raparigas) também com 2 turmas.

3.5. Técnicas de recolha de dados

Dentro das técnicas de recolha de dados não documentais, há um conjunto de instrumentos de observação não participante que incluem a entrevista, os testes e medidas de atitudes e opiniões, e os questionários (Graça, 2004). A maioria dos estudos relativos às IST focalizam-se na infecção por HIV e são realizados através de questionários (Martins, Costa-Paiva, Osis, Sousa, Pinto-Neto e Tadini, 2006; Alvarez e Garcia-Marques, 2008; Ramos e col., 2008; Figueiras e col., 2009; Anastásio, 2010).

Todavia começam a ser utilizados métodos qualitativos na investigação dos comportamentos sexuais, conhecimentos e atitudes (ver p.e. Lucas, 1993; Saavedra e col., 2010; Koerich, Baggio, Backes, Backes, Carvalho, Meirelles e Erdmann, 2010), principalmente com o objectivo de se obter um maior aprofundamento das percepções e crenças associadas à sexualidade humana. Com o mesmo fim foram por nós realizadas primeiramente entrevistas exploratórias, numa fase de diagnóstico e que contribuíram para a construção do questionário; posteriormente à aplicação do pré-teste, deveriam ser realizadas entrevistas aprofundadas sobre

alguns aspectos abordados e que suscitem dúvidas, para que o instrumento final a ser validado a nível nacional seja o mais possível, adaptado à realidade que pretende estudar.

3.5.1 As entrevistas exploratórias

Numa primeira fase foram realizadas telefonicamente 18 entrevistas individuais e em profundidade, de forma semi-estruturada, com carácter exploratório e cujo objectivo era entender o modo como os adolescentes encaram a sexualidade e a saúde sexual, assim como factores que possam ter influência no uso de preservativo durante a relação sexual. Para isso abordou-se o conceito de sexualidade, a educação sexual, conhecimentos e dúvidas, o relacionamento com os pais, factores relacionados com a primeira relação sexual e as relações sexuais posteriores – idade de início, motivações, diferenças entre géneros, utilização de contracepção e outros factores por detrás da não utilização de preservativo.

Quanto à duração, as entrevistas variaram entre 20 e 40 minutos, tendo sido entrevistados 6 peritos (2 professores e 4 profissionais de saúde), 3 encarregados de educação e 9 adolescentes de diferentes regiões do país.

A opção pelo contacto telefónico prendeu-se com uma maior comodidade para o entrevistado, assim como maior facilidade na recolha de dados para o investigador. De modo a atenuar possíveis variáveis interferentes, os adolescentes foram maioritariamente contactados para o telemóvel, numa data e hora combinada previamente com os mesmos. (Para visualização das análises de conteúdo ver Anexo n.º 2). Após a análise de conteúdo das entrevistas exploratórias, e com base nos dados da revisão bibliográfica, foi construído o questionário.

3.5.2 O questionário

O questionário pretende avaliar os factores influenciadores da intenção dos adolescentes em usar ou não o preservativo. Ora estes factores traduzem-se nas suas opiniões e auto-percepções, pelo que faz sentido a utilização de um questionário de aplicação directa (auto-resposta), onde devem estar presentes questões de opinião, auto-percepção, informação/conhecimento e questões factuais (Graça, 2009).

Relativamente à sua constituição possui 4 partes distintas, em que a primeira se foca na existência de relacionamento sexual e se refere à primeira relação sexual

(motivação, idade de início, contexto, uso e tipo de contracepção; causas da não utilização) e relações sexuais recentes (existência de múltiplos parceiros, contexto, associação a consumo de substâncias psicotrópicas, uso de preservativo e razões da sua não utilização).

A parte II pretende saber se o adolescente já teve alguma infecção sexualmente transmissível e, em caso afirmativo, qual; para além de englobar uma pergunta de conhecimento relativa ao método contraceptivo que melhor protege das IST. A terceira parte do questionário aborda as atitudes, factores afectivos e sociais, assim como a intenção do adolescente em utilizar o preservativo. Por fim, a parte IV pretende caracterizar a amostra e comparar as características encontradas com as da população em estudo, através de questões factuais, nomeadamente os dados sócio-demográficos, como a idade e o género dos adolescentes, meio sócio-económico e nacionalidade dos pais, tal como defendido por Graça (2009).

No que se refere ao tipo de pergunta, dada a realização de entrevistas exploratórias *a priori*, conjuntamente com revisão bibliográfica, o questionário é constituído maioritariamente por perguntas fechadas (Moreira, 2009), todavia a sensibilidade do tema levou a que alguns itens (n.º 5, não numerado após n.º 12 e depois do n.º 24) mantivessem a opção “qual/quais”, o que permite uma maior exploração da temática. Por outro lado, itens referentes à idade (n.º 3; 46), número de parceiros (n.º 14), nacionalidade (n.º 47) ou profissão dos pais (n.º 49) mantiveram-se como respostas abertas de modo a obter o máximo de informação, e posterior análise estatística da informação. É de administração directa.

O instrumento foi elaborado com base na revisão de literatura e da análise de conteúdo das entrevistas, submetendo-se o questionário a uma avaliação por um grupo de peritos, tal como sugerido na literatura (Graça, 2009; Moreira, 2009). Na realização do pré-teste e posteriormente na validação do instrumento, conjuntamente com o questionário deverá enviada uma carta de apresentação, em que se fornece uma introdução geral ao estudo e se pretende motivar o adolescente para o preenchimento do questionário (ver anexo n.º 5). As instruções de preenchimento deverão estar presentes nas diferentes partes do questionário (ver anexo n.º 6), no entanto por se tratarem de adolescentes deverão ser igualmente transmitidas por via oral (Moreira, 2009).

3.5.2.1 MEDIDAS

Actividade Sexual

A actividade sexual é medida pela resposta do próprio quanto à existência prévia da mesma – item n.º 2, tal como é comum aos estudos realizados (ver p.e. Matos e col., 2011).

Atitude

A atitude (cognição) engloba as crenças, os pensamentos e os julgamentos do indivíduo acerca do comportamento em causa (Wit e col., 1997), e é medida pela adaptação da variável original de Triandis (1977), nas suas duas componentes – conhecimentos e atitude. Os conhecimentos são avaliados pela resposta correcta aos itens n.º 27, 28 e 29, enquanto as crenças, pensamentos e julgamentos sobre o preservativo são medidos nos itens n.º 12 e 22 à semelhança do que aconteceu noutras investigações (ver p.e. Ramos, 2008; Matos e col., 2011).

Factor social

O factor social é avaliado pela medição das crenças normativas, da norma moral, do padrão sexual dual (crença em papéis específicos) e do auto-conceito de acordo com a TCI de Triandis (1977), no entanto a variável “padrão sexual dual” será medido de acordo com uma adaptação dos itens usados para a hipótese do padrão sexual dual de Reiss (1960 cit. Lyons e col., 2010) e a variável “auto-conceito” será adaptado dos estudos da auto-eficácia de Bandura (1977).

Considerando a crença normativa como o modo em que a percepção do grupo face a um determinado comportamento é percebida pelo indivíduo (Triandis, 1977). A sua avaliação é feita através dos itens n.º 30 e 31, à semelhança do que ocorre em outros estudos (ver p.e., Krahé e col., 2007; Lyons e col., 2010; Matos e col., 2011) ou seja, avaliando as crenças relativas à percepção dos pares, dos pais e professores, quanto à sexualidade e ao padrão sexual, assim como ao uso do preservativo.

A norma moral avalia-se pelos itens n.º 9, 19 e 24 relativos à confiança no outro, com base quer nas crenças normativas quer no padrão sexual, à semelhança do que foi feito por Boyd e Wandersman (1991) ou Godin e colaboradores (1996).

O padrão sexual dual é medido através dos itens n.º 23, 39, 41 e 43, reflecte as crenças associadas ao papel sexual da mulher e do homem numa sociedade

tradicional (Marston e King, 2006), em que a aproximação dos comportamentos femininos implica custos (ver p.e. Baus e col., 2001; Crawford e Popp, 2003; Ramos e col., 2008; Saavedra e col., 2010).

O auto-conceito é avaliado através dos itens n.º 36 e 38 e implica a capacidade do adolescente de expressar o seu desejo quanto ao uso do preservativo na relação sexual (ver p.e., Costa, 2006).

Factor afectivo

O factor afectivo é medido pela reacção emocional do adolescente ao comportamento (itens n.º 32 e 44), a sua medição deriva de uma adaptação da versão da TCI de Triandis (1977), mais aproximada às usadas por Nucifora, Galois e Kashima (1993) ou Richard e colaboradores (1995).

Experiência prévia

A experiência prévia, engloba comportamentos que condicionem a intenção comportamental actual e futura, assim, e à semelhança de estudos anteriores (ver p.e., Taquette, Vilhena e Paula, 2004; Matos e col., 2011), avaliou-se a idade da primeira relação sexual (item n.º 3), o contexto em que ocorreu (itens n.º 4 e 5), a existência de parceiros múltiplos (itens n.º 13 e 14), o uso do preservativo (itens n.º 6, 7, 8 e 17), a co-existência de abusos de substâncias (álcool e drogas) – itens n.º 11, 16 e 21, a disponibilidade do preservativo (itens n.º 10 e 20), a infecção por IST no passado (item n.º 25).

Factores influenciadores do comportamento

Na TCI, os factores influenciadores do comportamento interagem com a intenção comportamental para predizer o comportamento. Não sendo objecto principal deste estudo, importa no entanto saber de que modo interagem com a intenção comportamental, assim, incluiu-se a “iniciativa da relação sexual e do uso do preservativo” (item n.º 37), o “contexto em que ocorre a relação sexual” (itens n.º 4, 5, 15, 35 e 42) e a “comunicação sobre o uso do preservativo” (itens n.º 34 e 40), por terem sido associados à intenção comportamental em diversos estudos mesmo sem ter por base o TCI (ver p.e. Hynie e col., 1998; Baus e col., 2001; Ortiz-Torres e col., 2003; Matos e col., 2006; Widman e col., 2006; Ramos e col., 2008).

Intenção comportamental

Neste caso, a intenção comportamental implica que o indivíduo pressuponha a utilização de preservativo numa relação sexual futura. Tal é avaliado pelos itens

n.º 33 e 45. Embora colocando a hipótese desta variável poder englobar parcialmente “o guião sexual individual” da Teoria dos Guiões Sexuais de Simon e Gagnon (1986), por dificuldades metodológicas, a medição da variável limita-se à usada pela TCI, presente em vários estudos (ver p.e. Albarracín, Kumkale e Johnson, 2004).

Variáveis de controlo

O conhecimento destas variáveis é importante para prevenir interferências nas interações entre as variáveis em estudo, para esta investigação considerou-se o género, a idade e o estrato sócio-económico.

Género e Idade

Diferenças de género (item n.º 48) no estudo da intenção e uso do preservativo têm sido consistentes na literatura (ver p.e. Matos e col., 2006 e 2011) e são medidas pela análise entre o género e a variável em causa. Também a idade (item n.º 46) poderá ser uma variável interferente por se correlacionar positivamente com a maior experiência sexual dos adolescentes, condicionando a intenção do uso do preservativo.

Estrato sócio-económico e nacionalidade

O estrato sócio-económico pode ser uma variável de inferência no que se refere à utilização de preservativo, por se associar a um maior número de comportamentos de risco, como o abuso de substâncias ou um menor suporte social (Lescano e col., 2009). É avaliado através da profissão dos pais (item n.º 49). Neste caso, não foi obtida uma relação significativa com o uso de preservativo (Martins e col., 2006), no entanto, importa considerar estas variáveis pela sua possível interferência, tal será avaliado pela codificação nos questionários entregues em escolas privadas. Por outro lado, a nacionalidade dos pais (item n.º 47) pode influenciar a intenção comportamental pelo efeito da cultura (Brak-Lamy, 2010; Lescano e col., 2009).

3.6 Análises estatísticas a realizar

Na análise estatística deste estudo será utilizado o programa informático SPSS versão 17.0, opção que se deve ao seu uso em estudos idênticos (Figueiras, Marcelino e Ferreira, 2009; Matos e col., 2011), à facilidade de utilização e à existência de licenças na Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP).

Para avaliar a consistência interna do questionário podemos optar pela avaliação do α de Cronbach, considerando as escalas de *Likert* como escalas de intervalo, e uma vez que a amostra é superior a $n=30$ (Pestana e Gageiro, 2005), como no estudo de Figueiras e colaboradores (2009). Todavia escolheu-se a análise factorial pelo procedimento estatístico Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), que permite medir a qualidade das correlações entre variáveis qualitativas ordinais (Pestana e Gageiro, 2005), espera-se que o KMO do questionário seja acima de 0,6 (0,6-0,7 razoável; 0,7 – 0,8 média; 0,8 - 0,9 boa; 0,9 -1 muito boa).

De seguida importa extrair os componentes principais através do método dos componentes principais com rotação oblíqua, porque no modelo a testar pressupõe-se que os factores estão correlacionados entre si (Pereira e Gageiro, 2005). Espera-se por isso que os factores se relacionem entre si, ou seja que não sejam independentes.

Depois, e considerando que não existem *outliers* nem *missing values* significativos, é necessário escolher a estatística de decisão e o teste a aplicar de modo a podermos testar as nossas variáveis. Assim sendo, e por se tratar de um estudo descritivo, far-se-á primeiro a estatística descritiva para caracterização da amostra para as diferentes variáveis, utilizando para tal a moda e o desvio-padrão para a maioria das variáveis excepto a idade (média), uma vez que as variáveis são essencialmente qualitativas ordinais.

Posteriormente, realizam-se os testes de hipóteses. Na continuação da opção pela KMO ao invés do α de Cronbach, devem escolher-se testes não paramétricos apesar da amostra ser maior que $n=30$, não só por conservadorismo uma vez que se trata essencialmente do estudo de relações entre variáveis ordinais, mas por outro lado como o protocolo ainda não foi aplicado, não é possível saber o tipo de distribuição. Não se obtendo resultados tão potentes, podem não se detectar diferenças entre as variáveis, sendo esta a sua limitação (Pereira e Gageiro, 2005).

Assim, e uma vez que para a maioria das hipóteses, a variável dependente é a intenção do uso do preservativo (v. qualitativa ordinal), e as variáveis independentes: a atitude (v. qualitativa ordinal), factor afectivo (v. qualitativa ordinal), as crenças normativas (v. qualitativa ordinal), o padrão sexual dual (v. qualitativa ordinal), o auto-conceito (v. qualitativa ordinal) e a norma moral (v. qualitativa ordinal), o contexto (v. qualitativa ordinal) e a comunicação (v. qualitativa ordinal), escolhe-se para todos eles como teste de hipóteses o teste de Independência do χ^2 .

Esta escolha deve-se ao teste de Independência do χ^2 permitir analisar em geral, ao nível inferencial a relação entre duas variáveis qualitativas (Pereira e Gageiro, 2005), por outro lado, supõe-se que serão cumpridos os pressupostos do teste, isto é, que nenhuma das células tenha uma frequência esperada inferior a 1 e que menos de 20% das células possua uma frequência esperada inferior a 5. Além disso, e porque o teste do χ^2 apenas permite saber relações gerais entre as variáveis, irá calcular-se o coeficiente de correlação linear Ró de Spearman uma vez que se pretende medir a intensidade das variáveis (Pereira e Gageiro, 2005), procurando obter-se valores próximos de -1 e 1 para uma maior associação linear entre as variáveis em estudo.

Para testar a relação entre a intenção do uso do preservativo (v. dependente e qualitativa ordinal) e: a experiência prévia, os conhecimentos (v. independentes e nominais) escolhe-se como teste de hipóteses o teste de Independência do χ^2 porque permite avaliar a independência entre as variáveis, caso haja relação entre estas (Pereira e Gageiro, 2005).

Capítulo IV. Resultados Esperados

Por se tratar de um projecto de investigação, e uma vez que apenas as entrevistas exploratórias foram aplicadas, serão abordados neste capítulo excertos das entrevistas realizadas aos adolescentes assim como os resultados esperados.

4.1. Entrevistas exploratórias a adolescentes

Das entrevistas exploratórias — e embora pelo tamanho da amostra não seja possível fazer um tratamento quantitativo dos dados — por reforçar o que a literatura afirma ou por abrir novos caminhos, há alguns pontos a reter quanto ao conceito de sexualidade, à educação sexual, ao relacionamento com os pais, às fontes de informação, aos conhecimentos e crenças, à existência de um padrão sexual dual e ao surgimento de um padrão sexual único.

- Sexualidade – consideram maioritariamente que engloba a parte física ligada ao relacionamento sexual, mas também intimidade, exploração, afectos e carinho. Alguns associam-na ao relacionamento amoroso nas raparigas e à componente física nos rapazes, reforçando a ideia de um padrão sexual dual ainda presente nos adolescentes portugueses.

“A sexualidade ocorre quando gostamos de alguém, são os afectos e o carinho, mas é também a parte física. Os rapazes são mais básicos, enquanto as raparigas ligam mais aos afectos”. (I.A., adolescente, rapariga, 14 anos, Norte)

“[Sexualidade] é a maneira de nos expressarmos por outros meios, de sermos íntimos de outras pessoas”. (T.O., adolescente, rapaz, 15 anos, LVT)

- Educação sexual – a opinião geral, com excepção para um adolescente que afirmou nunca ter tido aulas de educação sexual, é a de que: (i) é aceite por todos (alunos, encarregados de educação e professores); (ii) é leccionada essencialmente nas aulas de Ciências Naturais e de Projecto, através de diferentes metodologias; e (iii) aborda aspectos fisiológicos, algumas IST e métodos contraceptivos.

“[A Educação Sexual] é dada em Ciências Naturais, vêem-se vídeos e fazem-se fichas. Falamos da adolescência, dos métodos contraceptivos, do que é sexualidade... das DST - SIDA, herpes genital, HPV, hepatite B e sífilis. Para mim não acrescentou informação, mas para quem não sabe é importante”. (I.A., adolescente, rapariga, 14 anos, Norte)

“Em Ciências abordámos os métodos contraceptivos e a reprodução, em Área Projecto falámos de SIDA e de outras doenças que não me lembro. O professor falou sobre o assunto, tirámos dúvidas mas acabámos por não fazer nenhum trabalho” (T.O., adolescente, masculino, 14 anos, LVT)

- Outras fontes de conhecimento – os estudos (Matos e col., 2006; Matos e col., 2011) dizem-nos que os adolescentes tendem a procurar a internet, os folhetos e a televisão como fontes primárias de informação, seguidas do parceiro/amigos e só depois os pais. Nas entrevistas exploratórias realizadas, as fontes são semelhantes, os adolescentes dizem recorrer à internet, mas também falar com pais e professores.

“Costumo falar de tudo [sexualidade], especialmente com a minha mãe... mas também converso com o meu pai, ou vou à internet e pesquiso.” (S.S., adolescente, rapariga, 14 anos, LVT)

“Tiro as dúvidas na internet e com os professores” (F.O., adolescente, rapaz, 14 anos, LVT)

“Converso em especial com o meu pai (...) é mais fácil... temos o corpo parecido...ele percebe. Se fosse rapariga falaria mais com a minha mãe” (P.V., adolescente, rapaz, 14 anos, Centro)

- Conhecimentos e crenças – os conhecimentos sobre saúde sexual e IST têm vindo a aumentar (Matos e col., 2011), no entanto, parecem subsistir zonas em que tal não acontece (Alves e Dixe, 2005; Remoaldo, Sousa, Santos e Vilas Boas, 2005), apenas um adolescente o assume.

“Alguns (adolescentes) não sabem os riscos que correm se não usarem (preservativo)... eles não sabem o que pode acontecer e se acontecer alguma coisa têm de arcar com as responsabilidades” (T.O., adolescente, masculino, 14 anos, LVT)

- Existência de um padrão sexual dual – o padrão sexual parece estar presente nos adolescentes das sociedades mediterrâneas, por norma mais tradicionais e machistas (Lescano e col., 2009) e associa-se a custos para a rapariga quando o tenta quebrar (Marston e King, 2006). Os encarregados de educação e a maioria dos adolescentes acreditam na sua existência, em especial na iniciação do comportamento sexual e à igualdade de comportamentos entre os dois géneros quanto ao número de parceiros sexuais.

“As raparigas são faladas se namoraram com muitos rapazes.” (L.S., encarregada de educação, Norte)

“Elas continuam a ser “mal-vistas” quando têm comportamentos idênticos ao dos rapazes” (F.O., adolescente, masculino, 14 anos, LVT)

“Já há uma mente mais aberta, já se trata [raparigas e rapazes] de igual forma” (C.O., adolescente, masculino, 14 anos, LVT)

“O facto de ter muitos namoros e começar a actividade sexual muito cedo são mal vistos tanto no caso da rapariga como para o rapaz” (C.N., adolescente, feminina, 14 anos, Alentejo)

“A gravidez continua a ser entendida como culpa da rapariga” (S.S., encarregada de educação, Norte)

Contudo, quanto à responsabilização pela contracepção, a percepção destes adolescentes é de que se caminha para um padrão sexual único, ainda que as raparigas continuem a ser mais responsabilizadas.

“ Se querem ter relações sexuais, devem ser os dois a trazer preservativo... para prevenir. Quanto às consultas [planeamento familiar], se tomaram essa decisão [manter relações sexuais] então devem ir os dois.” (T.O., adolescente, masculino, LVT)

“ Eu acho que os dois devem levar preservativo, o homem pode esquecer-se, dizer que não tem. Sobre as consultas de planeamento familiar... as raparigas vão mais ao centro de saúde, porque são elas que podem estar grávidas ou não.” (S.S., adolescente, feminina, LVT)

- Iniciativa da relação sexual e sugestão do preservativo – Uma das características de um padrão sexual dual, é a actividade do rapaz vs. a passividade da rapariga durante a interacção, sendo ele quem tende a assumir a iniciação da relação sexual, e uma vez que é suposto estar sempre preparado para tal, então é ele que deve trazer e sugerir a utilização do preservativo (Hynie e Lydon, 1995). Nos adolescentes entrevistados, embora seja opinião maioritária que deve ser o rapaz a dar início à relação sexual, quase todos concordam que ambos devem trazer o preservativo, o que se traduz num alargamento do papel sexual da mulher do sentido da actividade.

“É o rapaz [que dá início à relação sexual], mas as mulheres estão mais activas e participam mais na relação” (F.O., adolescente, rapaz, LVT)

- Contexto da relação sexual – a literatura diz-nos que os adolescentes tendem a usar o preservativo em relações casuais (Camargo e Bousfield, 2009) por não as associarem à intimidade e a uma relação monógama e por isso mais segura (Hynie e col., 1998). Os adolescentes entrevistados concordam, todavia, lembram que contextos de diversão nocturna podem interferir com a utilização do preservativo.

“[O preservativo] é mais usado nos casos pontuais...porque no namoro eles sabem que podem confiar nessa pessoa” (T.O., adolescente, masculino, 14 anos, LVT)

“Quando estão numa discoteca... talvez se esqueçam de usar protecção como deve ser [preservativo], quando é um namoro já se deve usar” (C.O., adolescente, masculino, 14 anos, LVT)

“É mais fácil usar [preservativo] com uma namorada. Numa discoteca há sempre outros factores como o álcool que podem impedir o uso” (P.A., adolescente, masculino, 14 anos, LVT)

“[O preservativo] continua a ser utilizado, mas depois de algum tempo [num namoro] pode trocar-se pela pílula, porque após algumas vezes de sexo com o preservativo não passam as doenças que a pessoa tinha, então a mulher pode usar a pílula para regular o sistema hormonal” (S.S., adolescente, feminina, 14 anos, Norte)

- Comunicação no casal – sabe-se que a comunicação associa-se positivamente ao uso do preservativo (Matos e col., 2006; Widman e col., 2006; Ramos e col., 2008) e negativamente com a existência de uma padrão sexual dual (Baus e col., 2001; Ortiz-Torres e col., 2003). As respostas dos adolescentes vão nesse sentido.

“Embora hoje em dia, o preservativo já faça parte das relações sexuais, pelo menos até que os dois achem que vão ter uma vida juntos, a falta de comunicação entre eles pode levar a que não se use preservativo” (C.O., adolescente, masculino, 14 anos, LVT).

4.2 Questionário - resultados esperados

Do que a literatura nos diz, espera-se que a atitude, os factores afectivos e os factores sociais se relacionem, predizendo a intenção de usar preservativo.

Quanto a H_1 (“*Mais de 25% dos adolescentes do 9.º ano já iniciou actividade sexual*”), espera-se que ela seja apoiada ou confirmada, dado que outros estudos têm apontado nesse sentido. Por exemplo, no estudo de Matos e col. (2011), 13,2% dos adolescentes no 8.º ano já tinham iniciado a sua vida sexual, contra 29% no 10.º ano, pelo que os valores referentes aos adolescentes do 9.º ano deverão ser intermédios, aproximando-se dos 25 – 30%. Também no estudo de Ramos e colaboradores (2008) 11,3% dos adolescentes de 14, 15 e 16 anos já tinham tido relações sexuais.

Sobre a segunda hipótese, H_2 (“*Dos adolescentes sexualmente activos, mais de 50% utilizou o preservativo no último contacto sexual, e mais de 50% usa frequentemente ou sempre o preservativo*”), a literatura leva-nos a crer que será apoiada na medida em que o uso do preservativo parece estar a aumentar (p.e. comparar os valores do estudo de Matos e col., 2006 e 2011).

Acerca da H_3 (“*Uma atitude positiva face ao preservativo associa-se positivamente à intenção de utilização do mesmo pelos adolescentes do 9.º ano*”), espera-se também a sua aceitação, devendo os resultados de estar de acordo com

ocorrido noutros estudos (ver p.e., Camargo e Bertoldo, 2006; Martins, Costa-Paiva, Osis, Sousa, Pinto-Neto e Tadini, 2006; Almagia, 2010).

No que se refere à H_4 (*“As crenças normativas positivamente associadas ao uso do preservativo correlacionam-se positivamente com a intenção de utilização em adolescentes”*), esperam-se resultados possivelmente contraditórios. Alguns estudos reflectem e apoiam esta hipótese (Lyons e col., 2010), todavia, outras investigações sugerem a existência da mediação do padrão sexual dual nesta relação, diminuindo-a (Alvarez, 2005; Anastácio, 2010).

Relativamente a H_5 (*“A existência de um padrão sexual dual associa-se negativamente à intenção do uso do preservativo”*): Tal como é defendido pela literatura, a existência de um padrão sexual dual condiciona o comportamento e as expectativas dos indivíduos e associa-se a um menor uso do preservativo (Crawford e Popp, 2003; Alvarez, 2005; Marston e King, 2006; Anastácio, 2010; Lyons e col., 2010).

Sobre a H_6 (*“A existência de um padrão sexual dual apresenta uma associação mais significativamente negativa com a intenção de usar preservativo em relações estáveis comparativamente a relações ocasionais”*): Tal hipótese pode vir a ser apoiada, uma vez que tem sido suportada pela literatura que o facto dos indivíduos terem expectativas face ao comportamento do outro, baseadas num padrão sexual dual, condiciona o seu comportamento, em especial o uso do preservativo em relações estáveis por colocar em causa a intimidade e a confiança no parceiro (Hynie e col., 1998; Bennet e Bozionelos, 2000; Camargo e Bousfield, 2009; Lescano e col., 2009).

Prevê-se o apoio dos dados à H_7 (*“A existência de uma IST no passado associa-se negativamente ao afecto e positivamente à intenção de usar preservativo numa relação sexual futura.”*), uma vez que os estudos indicam que uma experiência prévia negativa, como ter adquirido uma IST, ao ter impacto emocional, condiciona a intenção comportamental e associa-se positivamente ao uso do preservativo (Nucifora, Galois e Kashima, 1993; Richard, Vand Der Plight e Vries, 1995). Por outro lado, se o uso passado do preservativo está associado a emoções positivas, então os factores emocionais estão positivamente associados com a intenção de utilização do preservativo no futuro (Almagia, 2010).

Em relação à H_8 (*“A comunicação no casal acerca do preservativo associa-se a uma maior intenção do uso do preservativo”*), os estudos indicam que a

hipótese será apoiada na medida em que esta relação tende a existir (Matos e col., 2006; Ramos e col., 2008). Todavia, possíveis dados contrários podem dever-se à mediação da variável “padrão sexual dual”, que se sabe relacionar-se negativamente com a comunicação no casal e com o uso do preservativo (Noar, Carlyle e Cole, 2006; Widman e col., 2006).

Por fim, é esperado suporte empírico à H_9 (*“A norma moral associa-se positivamente à intenção do uso do preservativo”*), o que vem corroborar o estudo de Boyd e Wandersman (1991).

4.3 Validade interna

A validade interna é o grau em que o estudo está livre de viés ou de erros sistemáticos (Porta, 2008). Depende da capacidade responder aos objectivos colocados e às hipóteses levantadas, ou seja, mede até que ponto os resultados obtidos provêm das variáveis escolhidas e não de outras quaisquer variáveis. Para isso, é necessário avaliar o método de amostragem e o instrumento de medida, neste caso o questionário. Assim, será realizada uma análise factorial através do KMO, que se espera superior a 0,6; à qual se segue a extracção dos componentes principais pelo método dos componentes principais com rotação oblíqua, uma vez que no modelo a testar pressupõe-se que os factores estão correlacionados entre si, assim, quanto maior a correlação, maior a fiabilidade (Pereira e Gageiro, 2005).

4.4 Validade externa

A validade externa depende da existência de validade interna (Porta, 2008). Permite saber se os resultados obtidos com o estudo podem ser generalizados ou não para populações que não tenham participado na investigação. Deriva da replicabilidade para a qual contribui a semelhança de resultados face a estudos idênticos com amostras dentro da mesma população ou igual uso do instrumento de medida. No presente caso, por se tratar de um projecto de investigação que incide num estudo observacional, descritivo e transversal, analítico e correlacional, tendo por base uma teoria pouco usada, ainda que utilizando variáveis já estudadas e com uma amostra representativa da população, levantam-se questões quanto à validade externa.

Capítulo V– Conclusões e Limitações

Este projecto de investigação surge numa altura em que a incidência e a prevalência de IST se mantêm elevadas entre os adolescentes, apesar de ter vindo a diminuir (ECDC, 2011). Ora como as consequências de uma IST não tratada são graves e acarretam elevados custos quer para o indivíduo como para a sociedade, explorar os factores que levam os adolescentes a não usar o preservativo durante a relação sexual é fundamental.

Muitas investigações têm sido feitas nesta área (ver p.e. Almeida e col., 2005; Alves e Dixe, 2005; Costa, 2008; Ramos e col., 2008; Figueiras e col., 2009; Brak-Lamy, 2010; Matos e col., 2011), no entanto, tendem a considerar a interacção sexual como um comportamento racional. Este trabalho, ao basear-se na Teoria do Comportamento Interpessoal de Triandis, adaptando-a ao contexto do uso do preservativo e dos adolescentes portugueses, e acrescentando variáveis de outras correntes teóricas, apresenta assim como principal mais-valia a exploração dos factores afectivos por detrás da intenção do uso ou não de preservativo em adolescentes.

Aborda ainda uma população, que é tendencialmente esquecida nos estudos nacionais (ver HBSC, 2010 por exemplo), os alunos do 9.º ano, por este ser um ano de transição. E fá-lo tendo por base a opinião de peritos e de alguns adolescentes, o que permite uma maior adaptação à realidade; conta com um questionário que é feito propositadamente para avaliar esta temática nesta população, baseando-se na literatura mais recente e nas entrevistas, pelo que se espera um elevado nível de consistência interna. No entanto, por ser um estudo qualitativo e utilizar amostras de conveniência, é preciso atenção no que se refere à generalização dos resultados.

Quanto às restantes limitações do estudo, talvez a principal se prenda com a população em estudo: os adolescentes. Por um lado, os adolescentes não são autónomos quanto à participação do estudo, sendo para isso necessária a autorização dos pais (ver anexo n.º4). Tal como Miranda e colaboradores (2003) referem, na investigação de temáticas relativas à sexualidade, em que a componente de exposição da intimidade é grande, a maioria dos adolescentes não a quer expor perante o conhecimento ou presença dos pais, o que dificulta a obtenção de dados específicos e mais aproximados à realidade. De forma a contornar o problema, as entrevistas exploratórias foram realizadas para o telemóvel do

adolescente⁵ numa hora escolhida pelo próprio de modo a garantir maior privacidade, sendo utilizada codificação na ficha de análise de conteúdo, com referência apenas ao grupo entrevistado, género e região do país. Por outro lado, a aplicação do questionário é feita pelo investigador, e após o preenchimento do mesmo é colocado de imediato dentro de um envelope, que será selado e apenas aberto pelo investigador, os questionários são codificados e somente os dados agrupados serão objecto de análise no relatório.

Outra questão relevante relaciona-se com a condução de estudos em meio escolar, a qual é hoje condicionada por um processo burocrático e moroso que envolve o Ministério da Educação para autorização da aplicação de instrumentos de medida, as escolas (conselhos executivos) e os encarregados de educação, para além das autorizações dos próprios adolescentes, aumentando os encargos financeiros, de recursos humanos e de tempo associados à investigação, podendo inclusive condicionar os ganhos em saúde em meio escolar.

Para concluir, dados os benefícios da aplicação deste projecto no terreno, e a ligação que tem ao meio académico, faz todo o sentido desenvolver parcerias, primeiro com a ENSP, a qual assumiria parte dos custos inerentes à contratação da equipa (um investigador permanente e dois investigações apenas em fases específicas), mas também com o Ministério da Educação e/ou da Saúde, responsável pela facilitação de meios materiais e de contactos para a realização do estudo, sem esquecer uma possível candidatura a projectos específicos nesta área de ONG mas também do Instituto Português da Juventude, nomeadamente ao Programa “Cuida-Te”, que contribuiria para os custos financeiros do projecto. Além disso, e como a grande parte dos custos materiais deriva da impressão dos questionários, poderia desenvolver-se uma versão electrónica do questionário para resposta directa pelo adolescente, não colocando em causa o anonimato da resposta e evitando custos desnecessários.

⁵ Excepção feita quando foi dado um número de contacto fixo, e não foi pedido pelo adolescente que o contacto se realizasse para o móvel.

Referências Bibliográficas

AJZEN, I. – The theory of Planned Behavior. **Organizational Behavior and Human Decision Processes**. 1991; 50: 179-211.

ALBARRACÍN, D., KUMKALE, G.T., JOHNSON, B.T. – Influences of social power and normative support on condom use decisions: a research synthesis. **AIDS Care**. 2004; 16 (6): 700 – 723.

ALMAJA, H. B. – Psicología de la Sexualidad. Capítulo 2 – Modelos teóricos del comportamiento sexual. [Em linha]. Libros Tauro. 2010: 20 – 22. [Acedido a 29 de Março de 2011]. Disponível em: <http://www.scribd.com/doc/35161661/Barra-Almagia-Enrique-Psicologia-de-La-Sexual-Id-Ad>.

ALMEIDA, A. D., SILVA, C.F., CUNHA, G.S. – Os adolescentes e o HIV/SIDA: estudo sobre os conhecimentos, atitudes e comportamentos de saúde relativos ao HIV/SIDA. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. 2005; 23(2): 105 – 112.

ALVAREZ, M.J. – Representações Cognitivas e Comportamentos Sexuais de Risco – o guião e as teorias implícitas da personalidade nos comportamentos de protecção sexual. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian/Fundação para a Ciência e Tecnologia. 2005.

ALVAREZ, M.J, GARCIA-MARQUES, L. – Condom inclusion in Cognitive Representations of Sexual Encounters. **Journal of Sex Research**. 2008; 45 (4): 358-370.

ALVES, A.I.G., DIXE, M.A.C.R. – Nível de informação dos adolescentes da região autónoma da Madeira sobre Planeamento Familiar e Doenças Sexualmente Transmissíveis. [Em linha]. Centro de Estudos em Educação e Psicologia. Universidade do Minho. Setembro de 2005. VIII Congresso Galaico-Português de Psicopedagogia. Braga. [Acedido a 22 de Maio de 2011]. Disponível em: <http://www.educacion.udc.es/grupos/gipdae/congreso/VIIIcongreso/pdfs/314.pdf>.

AMARO, H. – Love, sex and power: considereing women's realities in HIV prevention. **American Psychologist**. 1995; 50 (6): 437-447.

ANASTÁCIO, Z. C. – Sexualidade na fase intermédia da adolescência: relacionamentos, comportamentos e conhecimentos. **INFAD**. 2010.

ARRANHADO, E. – Avaliação do Programa Nacional de Vacinação (PNV 2000). [Em linha]. Ordem dos Biólogos. 2006.[Acedido a 24 de Maio de 2011]. Disponível em: <http://ordembilogos.pt/Arquivo/Emilia%20Arranhado1.html>.

BAELE, J., DUSSELDORP, E., MAES, S. – Condom Use Self-Efficacy: Effect on Intended and Actual Condom Use in Adolescents. **Journal of Adolescent Health**. 2001; 28(5): 421 – 431.

BAMBERG, S., SCHMIDT, P. – Incentives, Morality or Habit? Predicting students' car use for university routes with the models of Ajzen, Schwartz and Triandis. **Environment and Behaviour**. 2003; 35 (2): 264 – 285.

BANDURA, A. – Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. **Psychological Review**. 1977;84: 191-215.

BARKLEY, T.W. JR., BURNS, J.L. – Factor analysis of the Condom Use Self-Efficacy Scale among multicultural college students. [Em linha]. **Health Education Research**. 2000; 15 (4): 485-489.[Acedido a 1 de Junho de 2011]. Disponível em: <http://her.oxfordjournals.org/content/15/4/485.full>.

BAUS, R.D., KSOBIECH, K.H., CUNNINGHAM, M. – The ambiguous nature of college students' condom use scripts. [Em linha]. **Communication Research Reports**. 2001; 18(3): 295-306. [Acedido a 14 de Maio de 2011]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/08824090109384809>.

BENNETT, P.B., BOZIOELOS, G.B. – The theory of planned behaviour as a predictor of condom use: a narrative review. **Psychology, Health & Medicine**. 2000; 5 (3): 307-326.

BOYD,B., WANDERSMAN, A. – Predicting undergraduate condom use with the Fishbein and Ajzen and the Triandis attitude-behaviour models: implications for public health interventions. **Journal of Applied Social Psychology**. 1991; 21(22): 1810-1830.

BRAK-LAMY, M.G. – Comportamentos sexuais, atitudes, conhecimentos e crenças de adolescentes/ jovens cabo-verdianas e portuguesas relativamente à vulnerabilidade ao risco do VIH/SIDA: Uma abordagem comparativa em contexto urbano. **Revista de Saúde Sexual e Reprodutiva**. 2010; 45.

CAMARGO, B.V., BERTOLDO, R.B. – Comparação da vulnerabilidade de estudantes da escola pública e particular em relação ao HIV. Campinas: **Estudos de Psicologia**. Outubro – Dezembro 2006; 23 (4): 369 – 379.

CAMARGO, B. V., BOUSFIELD, A.B.S. – Social representations, risk behaviors and AIDS. **The Spanish Journal of Psychology**. 2009; 12 (2): 565-575.

CARDOSO, J.A.S. – DST na Infecção HIV. I Congresso Virtual HIV/AIDS: Portugal 2000: À descoberta de desafios partilhados na luta contra a SIDA. [Em linha]. 2000 [Acedido a 22 de Maio de 2011].Disponível em: <http://www.aidscongress.net/1congresso/>.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION – MMWR. Morbidity and Mortality weekly report. USA Department of Health & Human Services. June 2001; 50 (21).

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION – Genital herpes. Fact sheet. December 2007a.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION – Genital HPV. Fact sheet. December 2007b. National Center for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention. Division of STD Prevention.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION – Syphilis. Fact sheet. December 2007c.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION – Trichomoniasis. Fact sheet. December 2007d.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION – Hepatitis B. General Information. [Em linha]. [Acedido a 19 de Novembro de 2010]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/hepatitis/HBV/index.htm>.June 2010c.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION – Basic Information about HIV and AIDS. [Em linha]. Division of HIV/AIDS Prevention. National Center for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STD and TB Prevention. August 2010d. [Acedido a 3 de Março de 2011]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/hiv/topics/basic/index.htm>.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION – Chlamydia. CDC Fact sheet. [Em linha]. March 2011a. [Acedido a 20 de Maio de 2011]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/std/chlamydia/STDFact-Chlamydia.htm>.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION – Gonorrhea. CDC Fact sheet. [Em linha]. April 2011b. [Acedido a 20 de Maio de 2011]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/std/Gonorrhea/STDFact-gonorrhea.htm>.

COELHO, R.F.S., SOUTO, T.G., SOARES, L.R., LACERDA, L.C.M., MATÃO, M.E.L. – Conhecimentos e crenças sobre doenças sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS entre adolescentes e jovens de escolas públicas estaduais da região oeste de Goiânia. Goiás: **Revista de Patologia Tropical**. Janeiro-Março 2011; 40(1): 56-66.

COSTA, E.C.V. – Avaliação da Eficácia Relativa de Duas Intervenções Psicoeducativas dirigidas à Prevenção da SIDA e Promoção da Saúde em Mulheres com Risco para o HIV. Dissertação de Doutoramento em Psicologia da Saúde. Orientadora: Professora Doutora Teresa Mendonça McIntyre. Universidade do Minho. Instituto de Educação e Psicologia. Outubro de 2006.

COSTA, A.S. – A Educação Sexual numa escola do 3.º ciclo do ensino básico. In Sexualidade e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Educação para a Saúde no século XXI: teorias, modelos e práticas. 2008.

COSTA, R.H., DINIZ, E.J.M., FERREIRA, C.C.F., RIBEIRO, M.W.C., SILVA, R.B., SILVA, K. C. – Percepção de discentes sobre DST/HPV em uma escola pública no município de Santa Cruz/RN. [Em linha]. **BioFar – revista de Biologia e Farmácia**. 2010; 4 (2): 88-99 [Acedido a 25 de Junho de 2011]. Disponível em: http://eduep.uepb.edu.br/biofar/v4n2/PERCEPCAO_DE_DISCENTES SOBRE DST HPV EM UMA ESCOLA PUBLICA NO MUNICIPIO DE SANTA CRUZRN.pdf

CRAWFORD, M., POPP, D. – Sexual double standards: a review and methodological critique of two decades of research. [Em linha]. **Journal of Sex Research**. 2003; 40 (1): 13-26. [Acedido a 20 de Maio de 2011]. Disponível em: <http://www.informaworld.com/smpp/content~db=all?content=10.1080/00224490309552163>.

DIÁRIO DA REPÚBLICA PORTUGUESA – Decreto-Lei n.º 259/2000 de 17 de Outubro, relativo à Educação Sexual.

DIAS, S.F., MATOS, M.G., GONÇALVES, A.C. – Preventing HIV transmission in adolescents: an analysis of the Portuguese data from the Health Behaviour School-aged Children study and focus groups. **European Journal of Public Health**. 2005. 15 (3): 300-304.

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – Saúde juvenil no masculino – género e saúde sexual e reprodutiva. DGS – Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes. 2003.

DOWNS, J.S., MURRAY, P.J., BRUIN, W.B., PENSROSE, J., PALMGREN, C., FICHHOFF, B. – Interactive video behavioral intervention to reduce adolescent females' STD risk: a randomized controlled trial. **Social Science & Medicine**. 2004; 59: 1561-1572.

D'SOUZA, R., FOSTER, G.R. – Diagnosis and treatment of chronic hepatitis B. **Journal of the Royal Society of Medicine**. 2004; 97 (7): 318-321.

EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL – Chlamydia control in Europe. European Centre for Disease Prevention and Control. ECDC Guidance. 2009.

EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL – Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe 2009. Revised edition. European Centre for Disease Prevention and Control. Surveillance Report. 2010.

EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL - Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe 2010. European Centre for Disease Prevention and Control. Surveillance Report. 2011.

ECDC/WHO Regional Office for Europe - HIV/AIDS Surveillance in Europe 2009. Surveillance Report. 2010. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control.

EDGAR, T., FITZPATRICK, M.A. – Expectations for Sexual Interaction: A Cognitive Test of the Sequencing of Sexual Communication Behaviors. **Health Communication**. 1993; 5 (4): 239-261.

FERREIRA, M.S. – Diagnóstico e tratamento da hepatite B. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. 2000; 33 (4): 389-400

FIGUEIRAS, M.J., MARCELINO, D., FERREIRA, M.M. – Preditores da intenção de adoptar comportamentos preventivos face ao HIV/SIDA em adolescentes portugueses. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. 2009; 27 (2): 27-36.

GABINETE DE ESTATÍSTICA E PLANEAMENTO DA EDUCAÇÃO (GEPE), MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO – Educação em números: Portugal 2010. [Em linha]. Gabinete de Estatística e Planeamento da Educação (GEPE)/Ministério da Educação. Setembro de 2010. [Acedido a 15 de Junho de 2011]. Disponível em: http://www.gepe.min-edu.pt/np4/?newsId=520&fileName=GEPE_Setembro.pdf.

GODIN, G., MATICKA-TYNDAL, E., ADRIEN, A., MANSON-SINGER, S., WILLMS, D., CAPPON, P. – Cross-cultural testing of three social cognitive theories: an application to condom use. **Journal of Applied Social Psychology**. 1996; 26 (17): 1556-1586.

GOMES, J.P., BRUNO, W.J., NUNES, A., SANTOS, N., FLORINDO, C., BORREGO, M.J., DEAN, D. – Evolution of Chlamydia trachomatis diversity occurs by widespread interstrain recombination involving hotspots. **Genome Research**. 2007; 17:50-60.

GRAÇA, L. – Guião para o desenho de um projecto de investigação. Lisboa: Grupo de Disciplinas de Saúde Ocupacional. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa. 2004. (Textos, T 834).

GRAÇA, L. – Desenho, redacção e aplicação de questionários e guiões de entrevista. Lisboa: Grupo de Disciplinas de Ciências Sociais em Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa. 2009. (Textos, T 1069).

GRANJA, P.M. – Caracterização dos Comportamentos Sexuais dos Adolescentes que frequentam o Olá Jovem. **APF: Sexualidade & Planeamento Familiar**. 2009; 52/53: 46-54.

HYNIE, M., LYDON, J.E. – Women's perceptions of female contraceptive behavior: experimental evidence of the sexual double standard. **Psychology of Women Quarterly**. 1995; 19: 563-581.

HYNIE, M., LYDON, J.E., CÔTÉ, S., WIENER, S. – Relational Sexual Scripts and Women's Condom Use: The importance of internalized norms. **The Journal of Sex Research**. 1998; 35 (4): 370-380.

INSA – AIDS cases (Year of diagnosis – N.º) by Sex. Annual. [Em linha]. 2009. [Acedido a 2 de Março de 2011]. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.

Disponível em:

http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0001344&contexto=pgi&selTab=tab10.

JONES, BARTLETT – Theoretical concepts. Health Belief Model. Chapter 4 [Em linha]. Jones and Bartlett (Eds). 2010. 31-36. [Acedido em 24 de Junho de 2011]. Disponível em: <http://www.jblearning.com/samples/0763743836/Chapter%204.pdf>

KOERICH, M.S., BAGGIO, M.A., BACKES, M.T.S., BACKES, D.S., CARVALHO, J.N., MEIRELLES, B.H.S., ERDMANN, A.L. – Sexualidade, Doenças Sexualmente Transmissíveis e Contraceção: atuação da enfermagem com jovens de periferia. Rio de Janeiro: **Revista Enfermagem UERJ**. Abril – Junho 2010; 18(2): 265-271.

KRAHÉ, B., BIENECK, S. e SCHEINBERG-OLWIG – Adolescents' Sexual Scripts: schematic representations of consensual and nonconsensual heterosexual interactions. **Journal of Sex Research**. 2007; 44 (4): 316-327.

LAST, J.M. – A dictionary of Public Health. Oxford: University Press. 2007.

LESCANO, C.M., BROWN, L.K., RAFFAELLI, M., LIMA, L.A. – Cultural factors and family-based HIV prevention intervention for latino youth. **Journal of Pediatric Psychology**. 2009; 34 (10): 1041 – 1052.

LISBOA, C., SANTO, I., AZEVEDO, J. e GEIDST – Rede sentinela de vigilância epidemiológica das infeções sexualmente transmissíveis em Portugal – a análise de 6 anos (2000-2005). Congresso HIV CPLP. 2010.

LOOKER, K.J., GARNETT, G.P., SCHMID, G.P. – An estimate of the global prevalence and incidence of herpes simplex vírus type 2 infection. [Em linha]. **Bulletin of World Health Organization**. 2008; 86 (10) : 805 - 812. [Acedido a 2 de Março de 2011]. Disponível em: <http://www.who.int/bulletin/volumes/86/10/07-046128/en/>

LUCAS, J.S. – SIDA: A sexualidade desprevenida dos portugueses. Lisboa: McGraw-Hill.1993.

LYONS, H., GIORDANO, P. C., MANNING, W.D., LONGMORE, M.A. – Identity, peer relationships, and adolescent girls' sexual behavior: an exploration of the contemporary double standard. **Journal of Sex Research**. 2010; 47: 1-13.

MARSTON, C., KING, E. – Factors that shape young people's sexual behaviour: a systematic review. [Em linha]. **Lancet**. 2006; 368: 1581-1586. [Acedido a 15 de Maio de 2011]. Disponível em: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(06\)69662-1/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(06)69662-1/fulltext).

MARTÍNEZ, M. - Diagnóstico microbiológico de las infecciones de transmisión sexual (ITS). **Revista Chilena de infectología**. 2009; 26(6): 529-539.

MARTINS, L.B.M., COSTA-PAIVA, L.H.S., OSIS, M.J.D., SOUSA, M.H., PINTO-NETO, A.M., TADINI, V. – Factores associados ao uso de preservativo masculino e ao conhecimento sobre DST/AIDS em adolescentes de escolas públicas e privadas do Município de São Paulo, Brasil. Rio de Janeiro: **Cadernos de Saúde Pública**. Fevereiro de 2006; 22 (2): 315 – 323.

MATOS, M.G. – Sexualidade, Afectos e Cultura – gestão de problemas de saúde em meio escolar. Lisboa: Coisas de Ler. 1.^a Edição. 2010.

MATOS, M., SIMÕES, C., TOMÉ, G., PEREIRA, S., DINIZ, J., EQUIPA DO PROJECTO AVENTURA SOCIAL – Aventura Social e Saúde: Comportamento sexual e conhecimentos, crenças e atitudes face ao HIV/SIDA (relatório preliminar, Dezembro 2006). [Em linha] Faculdade de Motricidade Humana/UTL. Centro de Malária e Outras Doenças Tropicais/IHMT/UNL. Coordenação Nacional para a Infecção HIV/SIDA. Health Behaviour in School-aged Children/Organização Mundial de Saúde. Fundação para a Ciência e Tecnologia/Ministério da Ciência e do Ensino Superior. 2006. [Acedido a 21 de Novembro de 2010]. Disponível em: http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/Relatorio_SIDA.pdf.

MATOS, M.G., SIMÕES, C., TOMÉ, G., CAMACHO, I., FERREIRA, M., RAMIRO, L., REIS, M., DINIZ, J., GASPAR, T., VELOSO, S., LOUREIRO, N., BORGES, A.B. E EQUIPA DO PROJECTO AVENTURA SOCIAL – Aventura Social e Saúde: A Saúde dos Adolescentes Portugueses. Relatório Preliminar do Estudo HBSC 2010. [Em linha] Coordenação Nacional para a Infecção HIV/SIDA / Alto Comissariado da Saúde. Centro de Malária e Doenças Tropicais. Fundação para a Ciência e Tecnologia Faculdade de Motricidade Humana/UTL. 2010. [Acedido a 2 de Junho de 2011].
Disponível em:
http://aventurasocial.com/arquivo/1303144700_Relatorio_HBSC_adolescentes.pdf.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. 2004.

MIRANDA, A.E., PASSOS, M.R.L., GADELHA, A.M.J. – Impacto da infecção pela *Chlamydia trachomatis* na saúde reprodutiva. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**. 2003. 15 (1): 53-58.

MOREIRA, J.M. – Questionários: teoria e prática. Coimbra: Edições Almedina. 2009.

NOAR, S.M., CARLYLE, K., COLE, C. – Why communication is crucial: meta-analysis of the relationship between safer sexual communication and condom use. [Em linha]. **Journal of Health Communication**. 2006; 11 (4): 365-390. [Acedido a 2 de Junho de 2011]. Disponível em: <http://www.informaworld.com/smpp/section?content=a748875431&fulltext=713240928>.

NOGUEIRA, C., SAAVEDRA, L., COSTA, C. – (In)Visibilidade do género na sexualidade juvenil: propostas para uma nova concepção sobre a educação sexual e a prevenção de comportamentos sexuais de risco. **Pro-Posições**. 2008; 19 (2/56): 59-79.

NUCIFORA, J., GALLOIS, C., KASHIMA, Y. – Influences on condom use among undergraduates: testing the theories of reasoned action and planned behaviour. In: D.J. TERRY, C. GALOIS e M. McCamish (Eds.), *The theory of reasoned action: its application to AIDS-preventive behaviour*. Oxford: Pergamon Press. 1993.

NUNES, C. – Algumas Questões de Investigação – amostragem. Lisboa: Estatística e Investigação em Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa. 2010.

OGDEN, J. – Psicologia da Saúde. 2ª Edição. Climepsi Editores. 2003.

ORTIZ-TORRES, B., WILLIAMS, S.P., EHRHARDT, A.A. – Urban women's gender scripts: implications for HIV prevention. **Culture, Health & Sexuality**. 2003; 5(1): 1-17.

PALHARES, S. – A Internet e a Educação para a Sexualidade: uma actividade on-line. [Em linha]. Porto: Faculdade de Ciências da Universidade do Porto. Dissertação de Mestrado em Educação Multimédia. Orientada por Prof. Dr. João Carlos de Matos Paiva. 2005. [Acedido a 22 de Novembro de 2010]. Disponível em: <http://nautilus.fis.uc.pt/cec/teses/sandra/>.

PEREIRA, S., MORAIS, M., MATOS, M. – Sexualidade, comportamentos sexuais e VIH/SIDA. In: M. G. MATOS (Ed.), Sexualidade: Afectos e Cultura - gestão de problemas de saúde em meio escolar. Lisboa: Coisas de ler. 2010.

PESTANA, M.H., GAGEIRO, J.N. – Análise de Dados para Ciências Sociais – a complementaridade do SPSS. Lisboa: Edições Sílabo. 4ª Edição. 2005.

PINQUART, M. – Ambivalence in Adolescents' Decisions about Having Their First Sexual Intercourse. **Journal of Sex Research**. 2010; 47 (5): 440-450.

POMMERVILLE, J. – Alcamo's fundamentals of microbiology. 7th ed. London: Jones & Bartlett Publishers Inc. 2004.

PORTA, M. – A dictionary of Epidemiology. 5th Ed. Oxford: University Press. 2008.

QUÉTEL, C. – History of Syphilis. Baltimor: Johns Hopkins University Press. 1990.[Em linha]. Acedido a 25 de Novembro de 2010. Disponível em: www.dahsm.medschool.ucsf.edu/history/DiseasePDF/6_Quetel.pdf

RAMOS, R.D., EIRA, C., MARTINS, A., MACHADO, A., BORDALO, M., POLÓNIA, Z. – Atitudes, Comunicação e Comportamentos face à Sexualidade numa população de jovens de Matosinhos. **Arquimed**. 2008; 22 (1): 3-15.

REIS, M., MATOS, M. G. – Contracepção, conhecimentos e atitudes em jovens universitários. **Psicologia, Saúde e Doenças**. 2007; 8(2):209-220.

REMOALDO, P.C.A., SOUSA, P.B., SANTOS, J.M., VILAS BOAS, M.A. – Doenças Sexualmente Transmissíveis – o retrato dos estudantes universitários do Noroeste Português. [Em linha]. [Acedido a 2 de Junho de 2011]. Disponível http://www.ugr.es/~adeh/comunicaciones/Remoaldo_P_C_A.pdf.2005.

RIBAS, M.J., YAPHE, J. – Qual o tipo de estudo a escolher?. In Investigação Passo a Passo – perguntas e respostas para a investigação científica. Capítulo 6. Médicos de Medicina Geral e Familiar. Núcleo de Investigação da APMCG. Lisboa: APMCG. 2008. 45-49.

RICHARD, R., VAND DER PLIGHT, J., VRIES, N. – Anticipated affective reactions and prevention of AIDS. **British Journal of Social Psychology**. 1995; 34 (1): 9-21.

ROSENSTOCK, I.M., STRECHER, V.J., BECKER, M.H. – Social Learning Theory and the Health Belief Model. **Health Education Quarterly**.1988; 15: 175-183.

SAAVEDRA, L., NOGUEIRA, C., MAGALHÃES, S. – Discursos de jovens adolescentes portugueses sobre sexualidade e amor: implicações para a educação sexual. **Educ. Soc.** 2010; 31 (110): 135-156.

SHEPHERD, J., KAVANAGH, J., PICOT, J., COOPER, K., HARDEN, A., BARNETT-PAGE, E., JONES, J., CLEGG, A., HARTWELL, D., FRAMPTON, G.K., PRICE, A. – The effectiveness and cost-effectiveness of behavioural interventions for the prevention of sexually transmitted infections in young people aged 13-19: a systematic review and economic evaluation. Executive Summary. **Health Technology Assessment.** 2010; 14 (7).

SIEVING, R.E., BEARINGER, L.H., RESNICK, M.D., PETTINGELL, S., SKAY, C. – Adolescent dual method use: relevant attitudes, normative beliefs and self-efficacy. **Journal of Adolescent Health.** 2007; 40 (3): 275.e15-275.e22

SIMON, W. e GAGNON, J. – Sexual scripts: permanence and change. **Archives Sexual Behavior.** 1986; 15 (2): 97-119.

SPIEGEL, M.R. – Probabilidade e Estatística. Alfredo Alves Faria (trad). São Paulo: McGraw-Hill. 1978. 274.

SWYGARD, H., SENA, A.C., HOBBS, M.M., COHEN, M.S. – Trichomoniasis: clinical manifestations, diagnosis, and management. **Sexually Transmitted Infections.** 2004. 80:91-95.

TAQUETTE, S.R., VILHENA, M.M., PAULA, M.C. – Doenças sexualmente transmissíveis e género: um estudo transversal com adolescentes no Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública.** 2004; 20 (1): 282-290.

TRIANDIS, H.C. – Interpersonal Behaviour. Monterey, C.A: Brook/Cole. 1977.

THE SURVEY SYSTEM – Sample size calculator. [Em linha]. [Acedido a 15 de Junho de 2011]. Disponível em: <http://www.surveysystem.com/sscalc.htm#two>. Creative Research Systems.

UNAIDS, WHO – Sexually transmitted diseases: policies and principles for prevention and care. UNAIDS best practice collection. Key material.1999.

UNAIDS, WHO – Epidemiological Fact Sheet on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections – Portugal. 2004 Update. [Em linha]. Acedido a 2 de Junho de 2011. Disponível em: http://data.unaids.org/publications/Fact-Sheets01/portugal_en.pdf

UNAIDS, WHO – Epidemiological Fact Sheet – Portugal. [Em linha]. [Acedido a 21 de Maio de 2011].2010. Disponível em: <http://www.unaids.org/en/dataanalysis/epidemiology/epidemiologicalfactsheets/#d.en.52712>

VIANA, F.J.M., FAÚNDES, A., MELLO, M.B., SOUSA, M.H. – Factores associados a sexo seguro entre alunos de escolas públicas em Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. 2007; 23 (1): 43-51.

WIDMAN, L., WELSH, D.P., MCNULTY, J.K. e LITTLE, K.C. – Sexual Communication and Contraceptive Use in Adolescent Dating Couples. **Journal of Adolescent Health**. 2006; 39 (6): 893-899.

WIT, R.D., VICTOIR, A., VAN DEN BERGH, O.V. – “My mind’s made up by the way I feel”: affect, cognition and intention in the structure of attitudes toward condom use. **Health Education Research**. 1997; 12 (1): 15-24.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – Global Prevalence and Incidence of Selected Curable Sexually Transmitted Infections. Overview and Estimates. [Em linha]. 2001. [Acedido a 2 de Junho de 2011]. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_HIV_AIDS_2001.02.pdf.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - Estimation of the incidence and prevalence of sexually transmitted infections. Report of a WHO consultation. Treviso, Italy, 27 February -1 March. 2002

WORLD HEALTH ORGANIZATION – Sexually transmitted infection. Fact sheet n.º 110. [Em linha]. October 2007 [Acedido a 19 de Novembro de 2010]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/en/print.html>

WORLD HEALTH ORGANIZATION – Hepatitis B. Fact sheet n.º 204. [Em linha]. August 2008 [Acedido a 26 de Maio de 2011]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/en/>

WORLD HEALTH ORGANIZATION – 2010. Health topics: sexual health. [Em linha]. [Acedido a 22 de Novembro de 2010]. Disponível em: http://www.who.int/topics/sexual_health/en/

WORLD HEALTH ORGANIZATION; INSTITUT CATALÀ D’ONCOLOGIA – Human Papillomavirus and Related Cancers. [Em linha]. Summary Report Update. September 15, 2010 – Portugal. WHO/ICO Information Center on HPV and Cervical

Cancer. 3rd edition. [Acedido a 3 de Março de 2011]. Disponível em:
http://apps.who.int/hpvcentre/statistics/dynamic/ico/country_pdf/PRT.pdf?CFID=4005139&CFTOKEN=50211239.

Anexo 1 - Cronograma e orçamento do projecto de investigação

Fase	Tarefa	Contactos e Autorizações	Recursos Necessários			Data de início	Data de fim
			Humanos	Materiais	Financeiros		
Diagnóstico	<u>Entrevistas Exploratórias</u> - peritos - adolescentes - encarregados de educação	- Peritos e encarregados de educação - Encarregados de educação (menores) - Adolescentes	Investigador	- Telefone (150€) - Gravador áudio c/ USB (123€) - Computador com Microsoft Office (existente na ENSP)	R.H.: 3.920€ Material: 273€ Total: 4.193€	11/10	02/11
Questionário	<u>Construção do questionário</u>	- Peritos	Investigador e 2 técnicos com experiência em aplicação de questionários	- Envelopes (175€)	R.H.: 24.700€	02/11	03/11
	<u>Revisão de peritos</u>	- Ministério da Educação e escolas		- Folhas (680€)	Material: 1.245€	03/11	05/11
	<u>Pré-teste</u>	- Encarregados de educação (menores)		- Toner preto (330€)		10/11	11/11
	<u>Validação</u>	- adolescentes		- Telefone (60€)		12/11	04/12
				- Computador com SPSS (existente na ENSP) e Impressora (existente na ENSP)	Total: 25.945€		
Inserção e análise dos dados	Inserção dos dados; Análise estatística dos dados; Extracção de conclusões.		Investigador e 1 técnico com experiência em inserção de dados	- Computador com SPSS (existente na ENSP)	R.H.: 3.450€ Total: 3.450€	05/12	06/12
Redacção do relatório	- Redacção e do relatório do projecto com avaliação crítica do mesmo. - Envio de cópias (cd)		Investigador	- Computador com SPSS e impressora (existente na ENSP) - Cd (13€)	R.H.: 1.960€ Material: 13€ Total: 1.973€	06/12	07/12

Anexo 2 – Ficha de uma das entrevistas exploratórias a um adolescente - P.VA, adolescente, rapaz, Centro

Percepção da sexualidade	“Há várias definições, mas a sexualidade não engloba só as características físicas, é também a parte psicológica e podemos também dizer social...”	
Educação Sexual	a) conteúdo b) disciplinas c) metodologias d) aceitação	<p>“Em Educação sexual abordamos as doenças sexualmente transmissíveis...contracepção. Não é tudo dado numa só disciplina, embora as aulas sejam na maioria em Ciências Naturais, mas a matéria não é dada sempre da mesma maneira. Por exemplo, às vezes vão pessoas de fora falar, fazer palestras; outras vezes ouvimos as apresentações do professor, ou fazemos trabalhos sobre os temas. A verdade é que é sempre possível tirar dúvidas”</p> <p>“Há à-vontade de todos, os professores sentem-se bem, falam primeiro sobre o que vamos abordar nessa aula, os alunos também estão confortáveis... não há risinhos, nem dos rapazes. Quanto aos pais, pelo menos no meu caso e dos meus amigos, parece-me que aceitam bem.”</p>
Relação com os pais	a) abertura b) temáticas abordadas	<p>“A minha relação com os meus pais é boa, mas eu falo essencialmente de sexualidade com o meu pai, sempre houve abertura, no entanto agora que estou na adolescência falamos mais. Porquê o meu pai? Vivo com ele, temos o corpo parecido, é mais fácil ele perceber-me. Acho que se fosse rapariga falaria mais com a minha mãe pelas mesmas razões.”</p> <p>“Sobre os temas abordados... depende muito da situação e da altura, pode ser um esclarecimento ou uma notícia que surge na televisão, por exemplo”.</p>
Conhecimentos e dúvidas	a) conhecimentos b) dúvidas temos o	<p>“O que sei sobre IST e DST? Bem, já tive aulas sobre elas, posso dizer que conheço a SIDA, a hepatite B... já ouvi falar de gonorreia, candidíase, sífilis... mas não sei exactamente em que consistem.”</p> <p>“Quanto aos locais onde me posso informar, eu costumo consultar o meu pai, e claro a internet”.</p>
Percepção sobre a 1ª relação sexual nos adolescentes e relações posteriores	a) idade b) motivação c) diferenças entre géneros d) utilização do preservativo	<p>“O início da actividade sexual varia, mas em média, penso que aos 16 anos, sim aos 16 anos, num namoro, quando os dois estão preparados, o rapaz tem a iniciativa e acontece. Há casos em que é mais cedo, por volta dos 13, especialmente quando se deve à pressão dos amigos. Mas mesmo aí o preservativo é usado, pelo menos do que conheço, o rapaz leva-o e é sempre usado.”</p> <p>“Depois da primeira vez, continua a ser o rapaz a ter a iniciativa, sempre. As relações sexual acontecem normalmente inseridas num namoro, mas a verdade é que nesta idade deve-se andar sempre com um preservativo, nunca se sabe o que acontece...”</p>

	<p>e) quem leva o preservativo</p> <p>f) contexto</p> <p>g) quem dá o primeiro passo</p>	<p>“Quanto à responsabilidade que se assume quando se começa a ter relações sexuais, penso que deva ser partilhada, mesmo as idas às consultas de planeamento familiar.”</p> <p>“Os comportamentos das raparigas são vistos da mesma que os rapazes, mas nós continuamos a ser mais activos”</p>
Factores de risco	<p>a) confiança e falta de comunicação ; b) início precoce e falta de preparação</p> <p>c) falta de conhecimento d) baixa percepção de risco</p> <p>e) álcool e drogas (consumos e policonsumos) f) carência afectiva</p> <p>g) meio sócio-económico e educacional dos pais h) responsabilização</p> <p>apenas da rapariga</p>	<p>“Para além do consumo de álcool e drogas, acho que o que leva um adolescente a não usar o preservativo é querer muito ter relações e esquecer-se, nem pensar nisso; por outro lado, a parceira pode não querer usar, porque é mais natural e ela quer experimentar, e aí ele não vai dizer que não...”</p>

Anexo 3 – Definição e caracterização das variáveis em estudo

Dimensão	Variável	Definição Operacional	Categorização da variável	Tipo de variável	Itens (n.º)
Actividade sexual	Actividade sexual	Existência de actividade sexual prévia e/ou actual	0 – não	Qualitativa Nominal	2
		Motivação	1 – sim	Qualitativa Nominal	1
		Idade	0-experimentação; 1 – afecto; 2 – abuso de substâncias, 3 – pressão dos pares	Quantitativa discreta	3
Atitudes	Atitudes	Crenças erradas acerca de um indivíduo infectado com uma IST	1- discordo totalmente; 2- discordo; 3- não discordo nem concordo; 4 – concordo; 5- concordo totalmente	Qualitativa Ordinal	12, 22
	Conhecimentos	métodos contraceptivos que protegem das IST; modo de transmissão, sintomatologia, tratamento e cura de IST	0-coito interrompido; 1 –espermicida; 2-pílula; 3-pílula do dia seguinte; 4-preservativo; 5- outro 1- discordo totalmente; 2- discordo; 3- não discordo nem concordo; 4 – concordo; 5- concordo totalmente	Qualitativa Nominal Qualitativa ordinal	27 28, 29
Factor social	Crenças Normativas	Educação Sexual; pais/amigos/professores	1- discordo totalmente; 2- discordo; 3- não discordo nem concordo; 4 – concordo; 5- concordo totalmente	Qualitativa Ordinal	30; 31
	Auto-conceito	Capacidade de dizer “não”	1- discordo totalmente; 2- discordo; 3- não discordo nem concordo; 4 – concordo; 5- concordo totalmente	Qualitativa Ordinal	36; 38
	Padrão Sexual dual	Igualdade de atitudes e comportamentos com igualdade de consequências sociais	1- discordo totalmente; 2- discordo; 3- não discordo nem concordo; 4 – concordo; 5- concordo totalmente	Qualitativa Ordinal	23; 39; 41; 43
	Norma Moral	Confiança	1- discordo totalmente; 2- discordo; 3- não discordo nem concordo; 4 – concordo; 5- concordo totalmente	Qualitativa Ordinal	9, 19, 24

Factor afectivo	Afectos	Reacção emocional ao uso do preservativo	1- discordo totalmente; 2- discordo; 3- não discordo nem concordo; 4 – concordo; 5- concordo totalmente	Qualitativa Ordinal	32 44
Factores influenciadores do comportamento	Iniciativa	Iniciativa da relação sexual e uso do preservativo	1- discordo totalmente; 2- discordo; 3- não discordo nem concordo; 4 – concordo; 5- concordo totalmente	Qualitativa Ordinal	37
	Contexto	Tipo de relacionamento em que ocorreu a relação sexual	0 – ocasional; 1 –estável 0- amigo; 1-conhecido; 2-outro	Qualitativa Nominal	4, 5 15
		Tipo de relacionamento em que ocorre a relação sexual com uso de preservativo	0 – ocasional; 1-estável 1- discordo totalmente; 2- discordo; 3- não discordo nem concordo; 4 – concordo; 5- concordo totalmente	Qualitativa Ordinal	35 42
	Comunicação	Comunicação no casal sobre o uso do preservativo	1- discordo totalmente; 2- discordo; 3- não discordo nem concordo; 4 – concordo; 5- concordo totalmente	Qualitativa Ordinal	34 40
Experiência Prévia	IST	Existência actual ou no passado de uma IST	0- não; 1- sim	Qualitativa Nominal;	25
		Tipo de IST adquirida	0 – candidíase; 1 – clamídia; 2- gonorreia; 3 – hepatite B; 4- herpes genital; 5 – infecção por HIV; 6- infecção por HPV; 7 – tricomoníase; 8 – sífilis; 9 - outra		26
	Uso do preservativo	Uso do preservativo na 1ª e na última relação, correctamente	0-não; 1-sim	Qualitativa Nominal	6; 8; 17
		Frequência	0 –preservativo; 1 –outros 1. Nunca 2. Raramente 3. Algumas vezes 4. Frequentemente 5. Sempre	Qualitativa Ordinal	7 18
	Factores de risco	Múltiplos parceiros	0-não; 1-sim	Qualitativa nominal	13
				Quantitativa discreta	14

	Abuso de substâncias	Frequência	1. Nunca 2. Raramente 3. Algumas vezes 4. Frequentemente 5. Sempre	Qualitativa ordinal	16
		Relações sexuais sob efeito de álcool e/ou drogas	1- discordo totalmente; 2- discordo; 3- não discordo nem concordo; 4 – concordo; 5- concordo totalmente	Qualitativa ordinal	11, 21
	Disponibilidde	Ter o preservativo acessível na primeira relação sexual/ relações sexuais recentes.	1- discordo totalmente; 2- discordo; 3- não discordo nem concordo; 4 – concordo; 5- concordo totalmente	Qualitativa Ordinal	10, 20
Intenção comportamental	Uso do preservativo na próxima relação sexual	Ter relações sexuais com preservativo	1- discordo totalmente; 2- discordo; 3- não discordo nem concordo; 4 – concordo; 5- concordo totalmente	Qualitativa Ordinal	33, 45
Sócio-demográficos	Idade	Idade do adolescente em anos completos		Quantitativa Discreta	46
	Nacionalidade	País do qual provém a mãe e o pai;		Qualitativa Nominal	47
	Gênero	Feminino ou masculino	0 – masculino 1 - feminino	Qualitativa Nominal	48
	Meio sócio-económico	Profissão da mãe e do pai		Qualitativa Nominal	49

Anexo 4 – Carta de requisição da autorização dos encarregados de educação

Lisboa, X de _____ de 20__

Exmo./a Encarregado de Educação,

Chamo-me Sancha Ferreira e sou aluna do XII Curso de Mestrado em Saúde Pública, especialização em Promoção da Saúde, da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa.

Neste momento, encontro-me na fase de elaboração do projecto de mestrado, com o tema “O que leva os adolescentes portugueses do 9.º ano a usar o preservativo? Atitudes, factores sociais e afectivos”, sob a orientação do Prof. Doutor Luís Graça. Este estudo tem como finalidade analisar a relação entre os factores afectivos e sociais e a sua influência no comportamento sexual de risco em adolescentes, nomeadamente nos alunos do 9.º ano, com idades compreendidas entre os 14 e os 16 anos, de escolas portuguesas com o 3.º ciclo.

Assim sendo, venho por este meio pedir a V. Exa. que autorize o/a seu/sua educando/a a preencher o questionário em anexo, garantindo-se a confidencialidade e anonimato das respostas.

No final do estudo, será disponibilizada a tese com os resultados gerais, caso o solicite.

Encontro-me ainda disponível para qualquer esclarecimento adicional,

Sem mais a acrescentar apresento os meus respeitosos cumprimentos,

Sancha Ferreira

sis.ferreira@ensp.unl.pt

963961940

**Questionário sobre a sexualidade dos adolescentes
portugueses do 9.º ano**

Caro(a) jovem.....

O meu nome é Sancha Ferreira e encontro-me neste momento a realizar o meu projecto final para o XII Curso de Mestrado em Saúde Pública, que visa a especialização em promoção da saúde. Neste sentido, venho por este meio pedir a tua colaboração no preenchimento de um questionário. Este questionário como objectivo estudar os conhecimentos, atitudes e comportamentos sobre a utilização do preservativo em adolescentes do 9.º ano.

O questionário é individual e facultativo, sendo a sua entrega feita em envelope fechado (1 por turma) e recolhido pela investigadora. O anonimato é garantido.

Demora apenas 18 minutos a preencher.

Agradeço-te imenso por participares!

Caso seja necessário qualquer esclarecimento sobre o estudo, pretendas participar numa entrevista à posteriori mais aprofundada sobre o tema ou queiras receber os resultados finais, podes contactar-me por e-mail ou telefone para:

sis.ferreira@ensp.unl.pt

963961940

Muito obrigada! ☺

Sancha Ferreira

Anexo 6 – Questionário

Questionário sobre a utilização de preservativo em adolescentes portugueses do 9.º ano

Parte I - A actividade sexual

Assinala com uma cruz (X) ou escreve a resposta, consoante as opções dadas.

1. Das razões indicadas para o início da actividade sexual, escolhe aquela que mais se adequa à tua opinião:

“Querer experimentar” ☐ “Estar apaixonado” ☐ “Namorar há muito tempo” ☐ “Estar sob efeito de álcool e/ou drogas” ☐

“A maioria das pessoas da minha idade já o ter feito” ☐

2. Já alguma vez tiveste experiências sexuais?

Sim ☐

Não ☐

3. Com que idade tiveste pela primeira vez experiências sexuais? ____ anos completos

Se respondeste “Não” à pergunta n.º 2, passa para a pergunta n.º 27 (Parte II)

4. A tua primeira vez foi: “num encontro ocasional” (férias / praia / estrangeiro...) ☐

“num relacionamento estável” (namoro) ☐

Se a resposta anterior foi “num namoro” passa para a pergunta n.º 6

5. Selecciona o tipo de relacionamento em que ocorreu:

“com um/a amigo/a” ☐

“com um/a conhecido/a” ☐

Outro. Qual? _____

6. Utilizaste contracepção na primeira experiência sexual?

Sim ☐

Não ☐

7. Se usaste contracepção, qual o tipo de método(s) contraceptivo(s)?	Preservativo <input type="checkbox"/>	Pílula <input type="checkbox"/>	Coito interrompido <input type="checkbox"/>	Espermicida <input type="checkbox"/>
Outro <input type="checkbox"/> Qual? _____				
8. Se utilizaste preservativo, podes dizer que: “Segui as instruções de utilização”	Sim <input type="checkbox"/>		Não <input type="checkbox"/>	

Caso não tenhas usado preservativo, das frases que se seguem, e, de acordo com a escala, assinala a alternativa (n.º) que melhor descreve o porquê:

1- discordo totalmente; 2- discordo; 3- não discordo nem concordo; 4 – concordo; 5- concordo totalmente

Se usaste preservativo passa para a pergunta n.º 13.

9. “Queria que ele/ela soubesse que eu confiava nele/nela”	(discordo totalmente) 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 (concordo totalmente)
--	---

10. “Não havia preservativos por perto”	(discordo totalmente) 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 (concordo totalmente)
---	---

11. “Estava embriagado/a ou sob efeito de drogas”	(discordo totalmente) 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 (concordo totalmente)
---	---

12. “Ele/ela não parecia ter doenças”	(discordo totalmente) 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 (concordo totalmente)
---------------------------------------	---

Se existiu outro factor que não tenha sido mencionado, refere qual: _____

Pedimos-te que te refiras à actividade sexual mais recentes:

13. Tiveste contactos sexuais com mais do que um/a parceiro/a nos últimos doze meses?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
---	------------------------------	------------------------------

14. Se sim, indica o número de parceiros/as: _____

15. Costumas ter contactos sexuais: “em encontros ocasionais” (saídas à noite, férias, praia, estrangeiro...) ☐ “num namoro” ☐

Responde à pergunta de acordo com a escala: 1. Nunca 2. Raramente 3. Algumas vezes 4. Frequentemente 5. Sempre

16. Quantas vezes tens contactos sexuais associadas ao consumo de álcool ou drogas? (Nunca) 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 (Sempre)

17. Utilizaste preservativo no último contacto sexual? Sim ☐ Não ☐

Responde à pergunta de acordo com a escala: 1. Nunca 2. Raramente 3. Algumas vezes 4. Frequentemente 5. Sempre

18. Com que frequência usas preservativo na relação sexual? (Nunca) 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 (Sempre)

Caso não tenhas usado preservativo, das frases que se seguem e de acordo com a escala, assinala a alternativa (n.º) que melhor descreve o porquê:

1- discordo totalmente; 2- discordo; 3- não discordo nem concordo; 4 – concordo; 5- concordo totalmente

19. “Quería que ele/ela soubesse que eu confiava nele/nela” (discordo totalmente) 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 (concordo totalmente)

20. “Não havia preservativos por perto” (discordo totalmente) 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 (concordo totalmente)

21. “Estava embriagado/a ou sob efeito de drogas” (discordo totalmente) 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 (concordo totalmente)

22. “Ele/ela não parecia ter doenças ” (discordo totalmente) 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 (concordo totalmente)

23. “Não queria que ele/a pensasse que era mais um/a”	(discordo totalmente) 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 (concordo totalmente)
24. “Ele/ela usava outro tipo de contraceção”	(discordo totalmente) 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 (concordo totalmente)

Se existiu outro factor que não tenha sido mencionado, refere qual: _____

Parte II – Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)

25. Alguma vez tiveste uma infecção sexualmente transmissível?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>			
26. Se sim, assinala qual (quais)?	Candidíase <input type="checkbox"/>	Clamídia <input type="checkbox"/>	Gonorreia <input type="checkbox"/>	Hepatite B <input type="checkbox"/>	Herpes Genital <input type="checkbox"/>
Infecção por HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) <input type="checkbox"/>	Infecção por HPV(Vírus do Papiloma Humano) <input type="checkbox"/>	Tricomoníase <input type="checkbox"/>	Sífilis <input type="checkbox"/>		
Outra <input type="checkbox"/> Qual? _____					
27. Dos métodos contraceptivos apresentados quais são os que te protegem das IST?					
Coito Interrompido <input type="checkbox"/> Espermicida <input type="checkbox"/> Pílula <input type="checkbox"/> Pílula do dia seguinte <input type="checkbox"/> Preservativo (masculino ou feminino) <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Qual? _____					

Parte III – Conhecimentos, atitudes e comportamentos relativos ao uso do preservativo

Escolha a opção (n.º) que melhor se adequa ao que pensas, utilizando a seguinte escala :

1- discordo totalmente; 2- discordo; 3- não discordo nem concordo; 4 – concordo; 5- concordo totalmente

28. “Nem todas as infecções sexualmente transmissíveis são curáveis”	(discordo totalmente) 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 (concordo totalmente)
29. “Uma pessoa pode parecer muito saudável e ter uma IST”	(discordo totalmente) 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 (concordo totalmente)

30. “Em casa, a sexualidade e o uso de preservativo são temas e conversa com os meus pais”	(discordo totalmente) 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 (concordo totalmente)
31. “ Quando tenho dúvidas esclareço-as primeiro com os meus amigos”	(discordo totalmente) 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 (concordo totalmente)
32. “Se insistir em usar preservativo, ele/ recusa-se a ter relações sexuais, por isso não uso”	(discordo totalmente) 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 (concordo totalmente)
33. “No próximo contacto sexual irei usar preservativo”	(discordo totalmente) 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 (concordo totalmente)
34. “Falo sobre o uso do preservativo com o/a meu/minha parceiro/a”	(discordo totalmente) 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 (concordo totalmente)

Responde de acordo com a escala: 1 – discordo totalmente; 2 – discordo; 3 – não discordo nem concordo; 4 – concordo; 5 – concordo totalmente; seleccionado a alternativa (n.º) que mais se adequa à tua opinião

35. “É mais provável usar preservativo com um/a namorado do que num relacionamento ocasional”	(discordo totalmente) 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 (concordo totalmente)
36. “Sinto-me à vontade para não ter contactos sexuais sem preservativo (discordo totalmente) se não quiser”	(discordo totalmente) 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 (concordo totalmente)
37. “Na minha opinião, são sempre os rapazes que iniciam o contacto sexual”	(discordo totalmente) 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 (concordo totalmente)
38. “Já tive experiências sexuais sem preservativo porque não queria que ele/a pensasse mal de mim”	(discordo totalmente) 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 (concordo totalmente)
39. “Eu penso que não há problema se uma rapariga tiver tantos parceiros sexuais como um rapaz”	(discordo totalmente) 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 (concordo totalmente)
40. “Falo com o/a meu/minha parceiro/a sobre o que esperamos da relação sexual”	(discordo totalmente) 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 (concordo totalmente)

41. “Para mim, devem ser os dois a trazer o preservativo para a relação sexual”	(discordo totalmente) 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 (concordo totalmente)
42. “Numa relação ocasional, consigo convencê-lo/a a usar preservativo”	(discordo totalmente) 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 (concordo totalmente)
43. “Na minha opinião, o planeamento familiar é assunto de raparigas”	(discordo totalmente) 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 (concordo totalmente)
44. “Para mim, o preservativo protege-nos aos dois”	(discordo totalmente) 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 (concordo totalmente)
45. “Não tenho relações sexuais sem preservativo”	(discordo totalmente) 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 (concordo totalmente)

Parte IV – Dados Sócio-demográficos

46. Quantos anos tens (completos)? _____
47. De que país são provenientes os teus pais? Mãe _____ Pai _____
48. Género: Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
49. Qual a profissão dos teus pais? Mãe _____ Pai _____

Muito obrigad